

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO
E CONSUMO DE DROGAS EM JOVENS INSTITUCIONALIZADOS

Pedro Miguel Bessa Lopes Fadigas

Outubro 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pelo Professor Doutor *Jorge Nuno Negreiros de
Carvalho* (F.P.C.E.U.P.).

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO
E CONSUMO DE DROGAS EM JOVENS INSTITUCIONALIZADOS

Pedro Miguel Bessa Lopes Fadigas

Outubro 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pelo Professor Doutor *Jorge Nuno Negreiros de
Carvalho* (F.P.C.E.U.P.).

Pedro Miguel Bessa Lopes Fadigas
Presidente: Doutora Catarina Grande
Arguente: Doutora Maria Adelina Barbosa
Orientador: Doutor Nuno Negreiros
Classificação: 19 valores

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

-

Agradecimentos

Gostaria de dedicar este trabalho...

...aos meus pais, por serem um exemplo diário de esforço e dedicação em prol dos filhos.

...ao meu irmão por ser uma inspiração e explosão de criatividade.

...aos meus amigos, que apesar de não os ter visto muito nos últimos tempos, sei que eles estão lá.

...à Crescer Ser por ser um local de trabalho que nos permite ver mais além... passaram sete anos a correr, cheios de novos conhecimentos, amizades e afetos.

...à Manuela que tem sido um apoio constante e que também contribuiu com uma pitada de sal para esta tese.

...a todos os diretores e respetivas equipas das instituições participantes, pelo acolhimento e colaboração... fui muito bem recebido e estão de parabéns pelo trabalho diário que fazem.

...a todos os jovens que aceitaram participar neste estudo... em especial, às jovens da Casa do Canto, por tudo o que me ensinam diariamente.

...à Ana Soledade pelo singelo contributo que enriqueceu a minha recolha de dados.

...to Sonya Leathers for your precious help with the Foster Care Integration measure.

...ao Professor Jorge Negreiros pela liberdade de pensamento e orientação na condução desta investigação... tem sido um prazer trabalhar consigo.

...e por fim, à Bárbara por seres um apoio incondicional e uma das pessoas mais importantes da minha vida... Sem ti, nada disto teria sido possível!

*“...nas nossas primeiras investigações, recordo-me da ansiedade
que sentia enquanto aguardava que surgissem os primeiros resultados.*

Suponhamos que as nossas hipóteses eram incorretas!

Suponhamos que nos enganámos nos nossos pontos de vista!

Suponhamos que as nossas opiniões não se justificavam!

Por vezes, quando olho para trás, compreendo que em alguns momentos

os factos me aparecessem como inimigos potenciais,

como possíveis mensageiros de desgraça.

Levei sem dúvida muito tempo até me convencer de que os factos são sempre amigos.”

Carl Rogers

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar os problemas de comportamento e o consumo de substâncias psicoativas em jovens institucionalizados. A nossa amostra foi composta por 185 jovens acolhidos ao abrigo do sistema legal de proteção, com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos. Recorreu-se ao Youth Self Report de Achenbach para analisar os problemas de comportamento. O consumo de substâncias psicoativas foi orientado pelos critérios internacionais definidos pelo European School Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). Para avaliar a integração dos jovens na instituição, foi criada uma medida, recorrendo à adaptação de outras já existentes a nível internacional.

Esta investigação verificou que os jovens institucionalizados apresentam mais problemas de comportamento e consumo de drogas do que a população geral. A integração na instituição pode atuar como um fator de proteção na redução de problemas de comportamento, embora existam diferenças consoante as dimensões (relação com os adultos da instituição, relação com os pares e ligação à instituição).

Por fim, através da análise de regressão múltipla, verificou-se que o consumo de tabaco e de haxixe, a relação com os pares, o tempo na instituição e consultas de pedopsiquiatria, foram os preditores mais significativos dos problemas de comportamento.

Palavras-chave: Problemas de comportamento; Externalização; Internalização; Consumo de drogas; Jovens institucionalizados; Integração.

Abstract

The purpose of this research was to explore behavior problems and drug use among youth in foster care. The sample consisted of 185 foster youth, under the child welfare legal system, aged between 11 and 21 years. Achenbach's Youth Self-Report (YSR) was used to assess behavior problems. The use of psychoactive substances was guided by international criteria established in the European School Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). To assess foster care integration, a measure was conceived by adapting an existing international measure.

The presente study verified that foster care youth reported more behavior problems and drug use when compared with the general population. Foster care integration can act as a protective factor and reduce behavior problems, although, differences were found among dimensions (relationship with adults and peers in foster care and link with the foster care institution).

Finally, through multiple regression analysis, it was found that tobacco smoking, cannabis use, peer relationship in foster care, placement stability time and pedopsychiatry were the most significant predictors of behavior problems.

Keywords: Behavior problems; Externalizing; Internalizing; Drug use; Foster care youth; Integration.

Résumé

Cette étude prétend analyser les problèmes de comportement et la consommation de drogues chez les jeunes institutionnalisés. Notre échantillon était composé de 185 jeunes, âgés entre 11 et 21 ans, accueillis dans le cadre du système juridique de protection. Nous avons utilisé le Youth Self Report de Achenbach pour analyser les problèmes de comportement, dont la consommation de substances psychoactives a été orientée par des critères internationaux définis par l'European School Project sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD). Pour évaluer l'intégration des jeunes dans l'institution, une mesure a été créée grâce à l'adaptation d'autres mesures qui existaient déjà au niveau international.

Cette recherche a révélé que les jeunes institutionnalisés manifestent plus des problèmes de comportement et d'usage de drogues que la population en générale. L'intégration dans l'institution peu agir comme un facteur de protection pour réduire les problèmes de comportement, bien qu'il existe des différences selon les dimensions (relations aux adultes, à leurs pairs et à l'institution).

Finalement, grâce à l'analyse de régression multiple, nous avons constaté que la consommation de tabac et de haschisch, la relation avec les pairs, le temps dans l'établissement et les rendez-vous avec le pédopsychiatre furent les prédictors les plus importants de problèmes de comportement.

Mots-clés: Problèmes de comportement; Externalisation; Internalisation; Consommation de drogues; Jeunes institutionnalisés; Intégration.

Índice

Introdução	1
Enquadramento teórico.....	3
1. Enquadramento legal do acolhimento institucional de crianças e jovens em perigo	3
2. Acolhimento em instituição	4
3. Problemas de comportamento	5
3.1. Definição	5
3.2. Problemas de comportamento em crianças e jovens acolhidos.....	6
3.3. Instabilidade no acolhimento	7
3.4. Importância da integração na instituição.....	8
4. Consumo de substâncias psicoativas e acolhimento institucional	10
4.1. Medicação psicotrópica nos jovens institucionalizados.....	11
5. Problemas de comportamento e consumo de drogas	12
Estudo empírico.....	13
1. Método	13
1.1. Delimitação do problema e objetivos do estudo.....	13
1.2. Hipóteses de investigação.....	14
1.3. Amostra	14
1.4. Procedimento	15
1.5. Instrumentos utilizados.....	16
Resultados	21
1. Problemas de comportamento	21
2. Consumo de substâncias psicoativas.....	23
3. Integração na instituição de acolhimento	25
4. Análise preditiva dos problemas de comportamento	30
Discussão dos resultados	38
Conclusões	44
Referências bibliográficas	46
Anexos.....	57

Índice de quadros

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	14
Quadro 2 – Média das pontuações obtidas no YSR para as diferentes escalas de problemas de comportamento	21
Quadro 3 – Percentagem dos problemas de comportamento medidos no YSR	22
Quadro 4 – Prevalência dos consumos de substâncias psicoativas	23
Quadro 5 – Matriz de dados após rotação ortogonal Varimax dos itens da medida de Integração na Instituição de Acolhimento	27
Quadro 6 – Estatísticas descritivas e índices de fidelidade da <i>Escala de Integração na Instituição</i>	28
Quadro 7 – Integração dos jovens na instituição (diferença de médias entre sexos)	29
Quadro 8 – Diferenças de médias dos fatores da integração na instituição e YSR Score total	29
Quadro 9 – Diferenças de médias dos fatores da integração na instituição e a internalização	30
Quadro 10 – Estudo correlacional entre os problemas de comportamento e o consumo de substâncias psicoativas	31
Quadro 11 – Estudo correlacional entre os problemas de comportamento e os fatores da integração na instituição, historial de acolhimento e tipos de apoio	33
Quadro 12 – Estudo correlacional entre as variáveis critério e as variáveis preditoras	34
Quadro 13 – Análise de regressão linear múltipla (Stepwise) com a variável critério (YSR – Escala total)	35
Quadro 14 – Análise de regressão linear múltipla (Stepwise) com a variável critério (YSR – Externalização)	36
Quadro 15 – Análise de regressão linear múltipla (Stepwise) com a variável critério (YSR – Internalização)	37

Índice de anexos

Anexo 1 – Pedido de autorização para a realização do estudo	58
Anexo 2 – Instrumento quantitativo	59

Índice de abreviaturas

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar

ISS – Instituto da Segurança Social

PIEF – Programa Integrado de Educação e Formação

YSR – Youth Self-Report

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Introdução

O acolhimento de crianças e jovens em instituições é uma realidade existente em praticamente todos os países desenvolvidos. Este tipo de resposta existe porque os estados têm o dever de respeitar os direitos fundamentais da criança¹, adotando respostas que garantam o cuidado, a proteção e o apoio necessário ao seu crescimento harmonioso, sendo um dever protegê-las quando são vítimas de abusos, abandono, maus-tratos e negligência².

De acordo com os dados da Segurança Social, em 2006, existiam em Portugal cerca de 12245 crianças e jovens acolhidos em instituições e famílias de acolhimento. No entanto, este número tem vindo a baixar significativamente. Estima-se que, em 2013, eram cerca de 8445 as crianças e jovens que se encontravam em situação de acolhimento. No entanto, o número de crianças em famílias de acolhimento é muito reduzido e representam apenas 4.4% do total, sendo que a grande maioria se encontram em centros de acolhimento temporário ou lares de infância e juventude (ISS, 2014).

A diminuição do número de crianças e jovens acolhidos explica-se aparentemente por um conjunto de políticas governamentais, que têm apostado na redução dos tempos médios de permanência das crianças nas instituições e também na redução da capacidade/tamanho das próprias instituições. Paralelamente, estas também têm vindo a receber incentivos para reforçar os seus recursos humanos e para especializar as suas equipas³, no sentido de aumentar a qualidade do acolhimento e a atenção individualizada prestada às crianças e jovens acolhidos (Carvalho, 2013).

Apesar das evoluções verificadas, tem-se assistido nos últimos anos à alteração do perfil das crianças e jovens que entram no sistema de acolhimento, trazendo novos desafios às equipas e instituições que os acolhem. Em 2013 estiveram acolhidos 5688 (67.4%) adolescentes e jovens entre os 12 e os 20 anos. Em 2012, cerca 19.5% da população acolhida caracterizava-se com problemas de comportamento que se dividiam em três categorias: ligeiros, médios e graves (ISS, 2013). Em 2013, o número de crianças e jovens com problemas de comportamento aumentou cerca de 13%, facto que se explica pela entrada em acolhimento de mais adolescentes. Os problemas de comportamento de tipo ligeiro

¹Em termos legais entende-se por *criança* todos os menores de 18 anos.

²Declaração dos Direitos da Criança (1959), Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e outras.

³Por exemplo o Plano Dom – Desafios, Oportunidades e Mudanças (2007) ou o programa SERE+ (Sensibilizar, Envolver, Renovar, Esperança, MAIS) desenvolvidos pelo Instituto da Segurança Social.

predominam (1414 casos), sobretudo entre os 15 e os 17 anos. Os de tipo médio abarcam 454 jovens e os graves 63 casos (ISS, 2014).

Outra situação que se tem vindo a acentuar, é o número de crianças em situação de acolhimento, sujeitas a transferências de instituição. Nos centros de acolhimento temporário, por exemplo, cerca de 23% tiveram experiências de acolhimento noutras respostas institucionais, sendo sujeitas a transferências, estando algumas na segunda, terceira, quarta ou mesmo quinta instituição. Também nos lares de infância e juventude, 82.2% das crianças e jovens estão atualmente na segunda resposta de acolhimento, 13.6% na terceira e 4.2% na quarta ou quinta.

O presente estudo pretende fazer uma caracterização do tipo de problemas de comportamento identificados numa amostra de 185 jovens, distribuídos por treze instituições, ao abrigo da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, que pretende verificar se existe alguma relação entre os diferentes tipos de problemas de comportamento manifestados e outras variáveis do contexto que possam ser preditores de um bom ou mau acolhimento, como sejam: o historial de acolhimento (e.g. número de acolhimentos, tempo na instituição atual, fugas, apoio psicológico, médico e toma de medicação psicotrópica), o grau de integração do jovem na própria instituição (e.g. relação com os cuidadores, com o grupo de pares e a ligação à instituição) ou consumo de substâncias psicoativas.

Enquadramento Teórico

1.Enquadramento legal do acolhimento de crianças e jovens em perigo

Em Portugal, a proteção das crianças e jovens encontra-se regulamentada por uma Lei⁴ que define e tipifica várias situações de perigo, nas quais se atribui à sociedade e ao Estado, o dever de proteção e intervenção, no sentido de remover a criança ou minimizar esse perigo. Por exemplo: a) Quando uma criança está abandonada ou vive entregue a si própria; b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; d) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados para a sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; e) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o equilíbrio emocional; f) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Importa no entanto distinguir, o conceito de “crianças e jovens em perigo” do conceito mais amplo de “crianças em risco”, dado que nem todos os riscos para o desenvolvimento da criança legitimam a intervenção do Estado e da sociedade na sua vida, na sua autonomia e na da sua família. Para a criança ou adolescente que é retirado à família, o sistema de acolhimento representa um grande desafio psicológico. Este tem de lidar com os acontecimentos que precipitaram a separação da sua família, enfrentar a perda temporária ou permanente dos seus pais/família biológica, ser afastado do seu ambiente de origem (escolas, amigos, irmãos) e ajustar-se a uma nova realidade.

Assim, a multidimensionalidade e complexidade destes fenómenos, leva a que nem todas as situações de risco configurem uma situação de perigo, que obrigue a retirada imediata de uma criança do seu seio familiar. Por essa razão, existem outras medidas e ações que visam a eliminação ou a redução dos fatores de risco através da atuação direta ao nível da criança ou do apoio à família no seu meio envolvente (Bolieiro & Guerra, 2009). A

⁴ Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei 147/99 de 1 de setembro, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, alterada pela Lei nº31/2003, de 22 de agosto).

intervenção tem como primeiro objetivo promover medidas de proteção para a família, procurando que a criança cresça no seu meio familiar. Estas medidas passam pelo reforço das competências parentais, através da identificação de fatores de risco inerentes à situação, bem como dos fatores de proteção. E só depois, caso a intervenção junto da família não surta os efeitos desejados, se poderá partir para uma intervenção com a família, mas retirando a criança do ambiente de perigo e intervindo com ela em regime de colocação institucional (Gomes, 2010).

Esta lei distingue ainda medidas a executar em meio natural de vida, tais como: apoio junto dos pais; apoio junto de outro familiar; confiança a pessoa idónea e apoio para autonomia de vida e medidas de colocação: acolhimento familiar, acolhimento em instituição e confiança a pessoa selecionada para a adoção ou instituição com vista a futura adoção.

A finalidade da aplicação das medidas de promoção e proteção tem três vertentes: afastar o perigo, proporcionar as condições que permitam proteger e promover a segurança, saúde, formação, educação, bem-estar, desenvolvimento integral e ainda garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração e abuso.

2. Acolhimento em instituição

A medida de acolhimento em instituição surge como uma das últimas respostas legalmente previstas para assegurar a proteção e o desenvolvimento da criança ou jovem. A competência para a aplicação desta medida é exclusiva das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e dos Tribunais.

Ainda assim, alguns críticos defendem que a institucionalização continua por vezes a ser o primeiro, e não o último recurso da intervenção, quando as instituições sociais se deparam com situações de crianças e jovens em perigo (Matos & Mota, 2008).

A vivência do acolhimento institucional pode ser traumática para a criança ou jovem, pelos sentimentos de desenraizamento e separação familiar associados. A colocação de uma criança numa instituição, só deve ser equacionada na ausência de outras alternativas menos estigmatizantes, tendo sempre em conta o seu superior interesse. Nas últimas décadas, com o contributo das várias áreas científicas acerca do desenvolvimento humano e a experiência acumulada, têm-se verificado a necessidade das instituições reforçarem as suas equipas

educativas e de investirem continuamente na formação dos seus quadros, a fim de melhorarem os padrões de qualidade e de se especializarem relativamente às necessidades das crianças e jovens que acolhem.

Embora a lei preveja que a criança ou jovem apenas deva ser transferido de instituição quando essa mudança corresponda à salvaguarda do seu superior interesse, os dados mostram que em 2011, 27.7% dos jovens acolhidos tiveram previamente alguma experiência de acolhimento noutra local, sendo que em 2012 este número subiu para 32.7%. Mais do que a mera transição entre equipamentos, a frequência com que esse processo vem a acontecer em diversos casos, assume especial relevância (Carvalho, 2013).

A frequência com que se verificam transferências entre respostas de acolhimento poderá significar uma forma de perigo, uma vez que implica (mais uma) quebra nas vinculações estruturantes da criança. Se um dos grandes objetivos da medida de acolhimento é promover o desenvolvimento integral da criança e permitir a aquisição de formas de vinculação saudáveis, a sua transferência representa uma inversão da própria natureza da função reparadora, que deveria ser a prioridade na aplicação da medida de promoção e proteção (ISS, 2012).

3. Problemas de Comportamento

3.1. Definição

O conceito problemas de comportamento é ambíguo e controverso, não possuindo uma definição com limites claros e objetivos. Os problemas de comportamento têm sido objeto de vários estudos nas últimas décadas, com diversas perspetivas teóricas, dificultando o consenso sobre o que se entende por problemas comportamentais (Stephens & Lakin, 1995).

A falta de uma perceção comum das manifestações, ou causas que definem os problemas de comportamento, dificultam a sua definição conceptual. Comportamentos análogos podem ter diferentes causas, como distúrbios metabólicos, distúrbios situacionalmente induzidos, ou até associados a disfunções familiares (Stephens & Lakin, 1995). Não ajuda o facto de diferentes expressões serem utilizadas para abordar o mesmo termo, tornando o conceito algo confuso. Desta indefinição deriva a necessidade de se chegar a um consenso tanto no que respeita ao conceito, como no que respeita ao diagnóstico e intervenção. Vários investigadores ainda defendem que os problemas de comportamento

estão associados aos contextos em que ocorrem e ao limiar de tolerância do ambiente que os rodeia (Edgar & Siegel, 1995).

Quando se abordam os problemas de comportamento na infância e na adolescência colocam-se problemas muito específicos. Por um lado, tem-se constatado que alguns comportamentos excessivos na infância têm tendência a diminuir com a idade. Por outro lado, durante muito tempo, acreditou-se que as crianças não podiam apresentar certos distúrbios (e.g. depressão) e a investigação posterior revelou que essas crenças não eram corretas (Kazdin, 1989).

Outra questão que interfere na definição e avaliação dos problemas de comportamento é a distinção entre o que é normativo e o que é patológico. Na década de setenta, os problemas de comportamento específicos da infância e da adolescência, começaram a ser objeto de estudo da Psicopatologia do Desenvolvimento, que de acordo com Achenbach (1992), procura estudar a psicopatologia em relação com as mudanças mais significativas que ocorrem ao longo do ciclo de vida. É uma abordagem dinâmica que se baseia num contexto conceptual alargado para estudar a psicopatologia e a sua interação com as dimensões sociais, culturais e económicas (Richters & Cicchetti, 1993).

Numa perspectiva desenvolvimental, no modelo proposto por Achenbach (Achenbach & Edelbrock, 1983), considera-se que as perturbações podem ser melhor entendidas numa abordagem dimensional do que numa abordagem categorial, segundo a qual, o que distingue o comportamento normal do patológico é a frequência, duração e a intensidade das queixas, mais do que o tipo de comportamentos por si só. Esta classificação define os comportamentos em externalizáveis, encontrando-se os problemas centrados na relação com os outros, como por exemplo a conduta agressiva e a delinquência, e internalizáveis quando os problemas estão centrados no próprio indivíduo com consequências para o próprio sujeito, como são a inibição social, o isolamento ou as queixas somáticas (Hinshaw, 1992; Hinshaw, Lahey, & Hart, 1995).

3.2 Os problemas de comportamento em crianças e jovens acolhidos

Os jovens institucionalizados são uma população com elevado risco de problemas sociais, emocionais, comportamentais e psicológicos. Estudos demonstram que a percentagem de problemas psicológicos nesta população é significativamente superior à população geral (Farmer et al., 2001). Apesar do acolhimento ser pensado no superior interesse da criança, isso nem sempre impede a persistência de problemas psicológicos e algumas investigações sugerem que os problemas de saúde mental resultantes desta fase

podem continuar na idade adulta (Buehler, Orme, Post, & Patterson, 2000; Courtney, Piliaviu, Grogan-Kaylor, & Nesmith, 2002). No âmbito das medidas de acolhimento, as evidências reportam que as crianças que vivem em famílias de acolhimento parecem apresentar menos problemas de saúde mental do que as acolhidas em instituições (Keller et al., 2001; Leslie, Hurlburt, Landsverk, Barth, & Slymen, 2004; McCann, James, Wilson, & Dunn, 1996; Zima, Bussing, Yang, & Belin, 2000).

Sobre os fatores que mais influenciam o estado emocional das crianças acolhidas, os mais relevantes parecem ser: o tipo de acolhimento, a idade com que a criança foi retirada à família biológica, estabilidade do acolhimento e o motivo de acolhimento (e.g. diferentes tipos de mau trato). Segundo Holloway (1997) e Scholte (1997), o resultado do acolhimento será melhor se a criança for acolhida numa idade mais precoce. Além disso, diversos estudos defendem que um historial de acolhimentos instáveis contribuem para a existência de problemas comportamentais (Newton, Litrownik, & Landsverk, 2000; Rubin et al., 2004; Zima et al., 2000). Por outro lado, crianças com um historial de maus tratos, como por exemplo abusos físicos ou sexuais, são suscetíveis de necessitar mais de serviços de saúde mental (Leslie et al., 2004; Shin, 2005).

3.3 Instabilidade no acolhimento

É consensual que um acolhimento estável é um fator crítico no sucesso da institucionalização. Depois de retirada de um ambiente de perigo ou negligente, uma criança que se depare com vários acolhimentos mal sucedidos é mais propensa a desenvolver sentimentos de desconfiança perante os adultos ou problemas de vinculação. McIntyre e Keesler (1986) verificaram que 50% das crianças institucionalizadas evidenciam problemas de comportamento no CBCL - Child Behavior Check List (Achenbach, 1991). As crianças que entram no sistema legal de proteção estão sujeitas a mudanças de instituição e algumas delas chegam mesmo a experienciar um elevado número de transferências (Pardek, 1984; Kufeldt et al., 1989; Palmer, 1996).

A associação entre problemas de comportamento e acolhimentos mal sucedidos está bem documentada na literatura científica, assim como, a existência de múltiplos acolhimentos está relacionada com consequências negativas, a curto e longo prazo, para os jovens (Cook, 1994; Kufeldt et al., 1989; Pardeck, 1984; Penzerro & Lein, 1995).

As condições que conduzem a um acolhimento mal sucedido podem ser várias. As mais mencionadas são perturbações da vinculação, problemas comportamentais, género,

idade, a formação dos técnicos e cuidadores e o tipo de acolhimento (Doelling & Johnson, 1990; Palmer, 1996; Pardeck, 1984; Proch & Taber, 1985; Stone & Stone, 1983).

Segundo Newton, Litrownik e Landsverk (2000), um historial de acolhimentos instáveis afeta negativamente os comportamentos internalizantes e externalizantes da criança acolhida. A criança que sofre diversas mudanças de instituição pode estar mais vulnerável a estes efeitos. Os autores sugerem que as perturbações de vinculação não são uma explicação suficiente para a interrupção do acolhimento em alguns casos. Neste estudo, verificou-se que os problemas de comportamento iniciais de externalização são os mais fortes preditores da instabilidade no número de acolhimentos. Jovens com comportamentos disruptivos, agressivos e/ou perigosos para os outros, apresentam maior probabilidade de serem transferidos para outras instituições. No entanto, crianças que não evidenciem problemas de comportamento, não devem ser negligenciadas. Na verdade, estas crianças podem constituir uma população aparentemente assintomática no início do acolhimento, mas serem vulneráveis aos efeitos, caso venham a ser alvo de diversas transferências ao longo do tempo. As constantes transferências prejudicam também os resultados escolares (Eckenrode, Rowe, Lairde, & Brathwaite, 1995; Zima et al., 2000). É de salientar que, é durante a adolescência que o risco de alterações nas medidas de acolhimento é mais elevado (Proch e Taber, 1985; Smith, Stormshak, Chamberlain e Whaley, 2001; Walsh e Walsh, 1990) e, consequentemente, podem causar um aumento na frequência de desfechos negativos como fugas, encarceramento e medidas de proteção mais rígidas (Leathers, 2006).

As investigações têm claramente revelado que os jovens institucionalizados com problemas de comportamento de externalização, como comportamento de oposição, brigas e furtos, estão sujeitos a maior insucesso no acolhimento (Fanshel, Finch, & Grundy, 1990; James, Landsverk, & Slymen, 2004; Newton et al., 2000; Palmer, 1996; Pardeck, 1983; Proch & Taber, 1985; Stone & Stone, 1983). De acordo com James (2004), que estudou um grupo de crianças acolhidas em San Diego nos Estados Unidos da América, os problemas comportamentais revelaram ser o segundo motivo mais apontado para transferências de instituição. Alguns investigadores defendem que os problemas de comportamento podem ser, simultaneamente, a causa e consequência de acolhimentos instáveis (Newton, Litrownik e Landsverk, 2000).

3.4 Importância da integração na instituição

Apesar de ser inquestionável a ligação entre as alterações de medidas de acolhimento e problemas de comportamento, outras variáveis também estão muito presentes na

instabilidade do acolhimento e devem ser tidas em consideração neste processo. Fatores como a idade, a relação dos jovens com a instituição e a qualidade das instituições influenciam o acolhimento e os problemas de comportamento (Leathers, 2006). Pesquisas comprovaram que a inexistência de um sentimento de pertença e integração em adolescentes acolhidos, para com a instituição, é um forte preditor do insucesso do acolhimento. Além disso, este sentimento de integração atua como mediador de problemas comportamentais (Leathers, 2006). Importante referir que não podemos assumir que a falta de vinculação no acolhimento é sempre devida à incapacidade do jovem em estabelecer relações. Nalguns casos, os outros intervenientes neste processo, como cuidadores e técnicos, podem dificultar a criação destes laços afetivos (Gray & Steinberg, 1999; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986).

O suporte social nos adolescentes acolhidos desempenha um papel muito relevante na superação de acontecimentos traumáticos, nomeadamente, o apoio dos adultos cuidadores, do grupo de pares e do contexto escolar. O estabelecimento de relação com os pares é um aspeto essencial para o desenvolvimento de uma identidade e autonomia na adolescência (Gregory & Weinstein, 2004; Heilbron & Prinstein, 2010). A relação com os pares é crucial, não apenas pelo sentimento de pertença que gera nos jovens, mas também porque é um contexto preferencial de aprendizagem e treino de competências sociais (Bishop & Inderbitzen, 1995). Os jovens que reportam comportamentos autodestrutivos manifestam, frequentemente, dificuldades no estabelecimento destas relações, sentindo-se desintegrados do grupo e insatisfeitos com as interações com os pares. Tal contribui para uma menor autoestima, uma perceção de si mesmos como socialmente desadequados e sentimentos de solidão, aumentando o risco de desenvolvimento de problemas de comportamento (Jurich, 2008; Siyez, 2008; Twenge & Campbell, 2001).

Paralelamente, os problemas de integração contribuem também para uma maior vulnerabilidade dos jovens inseridos no sistema de acolhimento perante o consumo de drogas. As redes sociais e as normas de funcionamento são alteradas no acolhimento e em cada nova transferência, diminuindo a motivação destes jovens para a busca de referências positivas, nomeadamente, na relação com os adultos e grupo de pares na instituição. Nestas condições, é de esperar que as competências emocionais e as capacidades para superar adversidades saiam prejudicadas. Por esses motivos, os jovens que não se sentem integrados e mudam frequentemente de instituições, apresentam maior probabilidade de vir a desenvolver problemas de comportamento, dependências e consumo de drogas na vida adulta, contrastando com aqueles que permanecem mais tempo na mesma instituição e

encontram estabilidade no acolhimento, na escola, na rede social e na comunidade (Stott, 2012).

4. Consumo de substâncias psicoativas e acolhimento institucional

As crianças e jovens institucionalizados têm maior probabilidade de consumirem substâncias psicoativas do que as que nunca estiveram no sistema legal de proteção (Pilowsky & Wu, 2006; Young, 2005).

Nos últimos anos, há cada vez mais evidências da relação entre o consumo de drogas e os maus tratos infantis. O risco de consumo de substâncias ou dependência aumenta nos adolescentes mais velhos, com historial de alcoolismo na família, que testemunharam violência ou que foram vítimas de abusos físicos (White, O'Brien, White, Pecora & Phillips, 2007). Vários estudos apontam que os maus tratos na infância e adolescência são um fator de risco preditor do consumo de drogas ainda na adolescência e posteriormente na idade adulta (Cheng & Lo, 2010; Moran et al., 2004; White & Widom, 2008; Widom et al., 1999). Analisando a literatura existente, podemos afirmar que uso de drogas parece ser um mecanismo de *coping* mal adaptativo, utilizado por estes adolescentes, resultante da sua experiência de maus tratos na infância e adolescência (Cheng & Lo, 2010). No adolescente que é vítima de maus tratos, o uso de drogas afigura-se como um escape, uma forma para lidar com experiências negativas, uma automedicação ou um remédio para a solidão, mas simultaneamente, um comportamento autodestrutivo (Widom, Weiler, & Cottler, 1999).

Alguns fatores de risco e de proteção influenciam a probabilidade do consumo de drogas na adolescência (Catalano & Hawkins, 1996; Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb, & Abbott, 1996; Lo & Cheng, 2010). Desses fatores, aqueles particularmente relevantes são os maus tratos, o uso de drogas pelos pais, a qualidade dos laços familiares e os estilos parentais. A toxicodependência dos pais é uma das principais razões pelas quais as crianças são retiradas à família (Brook & McDonald, 2007; Green, Rockhill, & Furrer, 2007).

Em contraste, a existência de laços afetivos entre pais e filhos pode reduzir a probabilidade do consumo de drogas (Cheng & Lo, 2010). Investigações realizadas no Reino Unido e em França (Ledoux, Miller, Choquet, & Plant, 2002) sugerem que os adolescentes que são supervisionados pelos pais apresentam menor propensão para o consumo de drogas. O acompanhamento e apoio dos pais representam fatores de proteção que geralmente não se

encontram nas famílias apoiadas pelos serviços sociais. Assim, a falta de acompanhamento, a negligência ou a existência de relações maltratantes na família biológica, poderão contribuir para um maior risco de consumo de drogas, por parte dos adolescentes (Cheng & Lo, 2010).

As instituições também podem representar um fator de proteção. Uma investigação sobre o consumo de substâncias psicoativas em jovens adultos, que passaram por medidas de acolhimento, identificou que aqueles que descreveram as suas experiências de acolhimento como positivas, revelaram menores taxas de dependência de álcool e drogas (White, O'Brien, White, Pecora & Phillips, 2007).

Quando os serviços de proteção atuam na retirada de uma criança, fazem-no na perspectiva, de remover a criança do perigo e, paralelamente, de providenciar um serviço externo de apoio à família. Porém, inevitavelmente, a retirada de uma criança condiciona e restringe frequentemente os contatos com a família e tal pode ter efeitos adversos. Alguns investigadores defendem que a colocação em centros de acolhimento e/ou outras medidas fora da família, têm sido associadas com o uso de drogas na idade adulta destas crianças (Grella & Greenwell, 2006). Em comparação com as outras, as crianças que passam pelos centros de acolhimento têm uma maior taxa de delinquência (Lawrence, Carlson, & Egeland, 2006) e mortalidade (Barth & Jonson-Reid, 2000).

4.1 Medicação psicotrópica nos jovens institucionalizados

As crianças e jovens inseridas no sistema de proteção e promoção são cada vez mais acompanhadas pelos serviços de saúde (e.g. pedopsiquiatria, pediatria) e medicadas. A nível internacional, o recurso à medicação psicotrópica para lidar com os problemas de comportamento, tem-se revelado uma crescente tendência, quando estas crianças poderiam ser mais beneficiadas com recurso a tratamentos psicossociais (ACFY, 2012). Esta tendência é particularmente preocupante nas crianças institucionalizadas, que geralmente apresentam maiores taxas de prescrição psicotrópica, quando comparadas com outras crianças. Estudos norte-americanos, efetuados com crianças institucionalizadas, revelaram que 21.3% recebiam um tipo de medicação psicotrópica, ao passo que, 41.3% usavam três ou mais tipos (Zito, Safer et al., 2008)

Apesar da falta de suporte científico, acerca de potenciais efeitos adversos, a prescrição de múltipla medicação psicotrópica tem vindo a aumentar (Olfson, Marcus, Weissman & Jensen, 2002). Estas conclusões são ainda mais preocupantes quando verificamos que muito poucos medicamentos deste género foram testados para crianças e

que vários autores defendem que a medicação psicotrópica está a ser excessivamente utilizada (Crystal, Olfson, Huang, Pincus & Gerhard, 2009).

Leslie et al., (2011) observaram nos seus estudos com a população acolhida que, os preditores do uso de medicação psicotrópica seriam a idade mais avançada dos jovens, ou seja, adolescentes em detrimento de crianças, e pontuações mais elevadas nos problemas de comportamento medidos pelo CBCL e YSR.

5. Problemas de comportamento e consumo de drogas

O consumo de drogas na adolescência é um problema mundial que tem preocupado a sociedade em geral. A maioria dos estudos indica que as variáveis sociais e ambientais (e.g. grupo de pares, comunidade) são importantes preditores da iniciação de consumos. No entanto, as variáveis biogenéticas (e.g. sistemas neurológicos e químicos; historial familiar) representam um papel importante na transição para um consumo regular e frequente (White, Xie, Thompson, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2001). Estudos realizados com adolescentes (e.g. Labouvie, 1990; Weber, Graham, Hansen, Flay & Johnson, 1989), identificaram diversos tipos de consumos relacionados com problemas de comportamento de externalização e internalização, e traços de personalidade. Os comportamentos de agressividade, delinquência e conduta desviante são os que mais influenciam o consumo de substâncias psicoativas. Os dados relativos à relação entre o uso de drogas e problemas de internalização apresentaram resultados inconsistentes (White et al, 2001).

White e colaboradores (2001) realizaram estudos empíricos onde verificaram que as medidas de psicopatologia revelaram-se preditoras do consumo de álcool e haxixe. Os problemas de externalização, como a delinquência e a agressividade, foram os que mais influenciaram o uso de drogas. Noutra investigação, Rey e colaboradores (2002), verificaram que um quarto dos adolescentes do estudo já tinham usado haxixe, não se verificando diferenças significativas de género. Afirmaram que o haxixe era muito prevalente e que os seus consumidores apresentavam maiores problemas de internalização e externalização. Concluíram alertando que a associação existente entre os problemas de comportamento, o consumo de tabaco, álcool em excesso e drogas ilícitas representam um padrão negativo de comorbilidade que é preocupante.

Estudo Empírico

Este capítulo é composto por três secções. Na primeira apresentam-se os objetivos e hipóteses da investigação. Segue-se a secção de metodologia, onde são descritos os procedimentos de recolha dos dados, a caracterização da amostra e os instrumentos utilizados. Por fim, apresentam-se os resultados obtidos no estudo, a sua discussão e conclusões.

1. Método

1.1. Delimitação do problema e objetivos do estudo

Ao longo do primeiro capítulo, percorremos as respostas legais que o sistema de promoção e proteção oferece para proteger e salvaguardar os direitos das crianças, nomeadamente através do acolhimento institucional.

Nos últimos anos parece existir uma mudança nas características das crianças e jovens que se encontram acolhidos nas instituições. Por um lado, tem havido uma redução do número total de crianças acolhidas, mas em contrapartida, há mais adolescentes e jovens acolhidos entre os 12 e os 20 anos. Paralelamente, os dados parecem também mostrar um acréscimo dos problemas de comportamento associados a este público.

Assim, tendo em conta os dados disponíveis e a literatura científica existente, podemos colocar da seguinte forma o nosso problema: será que as crianças e jovens acolhidos apresentam mais problemas de comportamento e consumo de drogas? Será que a relação com os adultos, cuidadores e pares poderá influenciar a prevalência dos problemas de comportamento das crianças e jovens acolhidos? Que fenómenos estão relacionados com os problemas de comportamento?

O presente estudo tem como objetivo analisar os problemas de comportamento e o consumo de substâncias psicoativas numa amostra de jovens institucionalizados. Este trabalho pretende ser um contributo para um maior conhecimento do perfil dos jovens que se encontram acolhidos. Os resultados produzidos poderão ser úteis para evidenciar fatores importantes de sucesso nas intervenções futuras e na prevenção de problemas.

1.2 Hipóteses de investigação

Tendo em conta a revisão literária e os objetivos do estudo, delinearam-se as seguintes hipóteses:

1. Os jovens institucionalizados têm mais problemas de comportamento do que a população geral.
2. Os jovens institucionalizados apresentam mais consumos de substâncias psicoativas do que a população geral.
3. Os jovens com melhor integração na instituição apresentam menos problemas de comportamento.
4. O consumo de drogas, o historial de acolhimento e a integração na instituição são preditores dos problemas de comportamento.

1.3 Amostra

A amostra é composta por 197 adolescentes e jovens acolhidos em centros de acolhimento temporário e lares de infância e juventude, dos distritos de Lisboa, Porto, Coimbra, Leiria, Évora e Portalegre, com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos. Da amostra inicial, foram excluídos 10 sujeitos por apresentarem uma taxa de *missing values* superior a 10% ou questionários incorretamente preenchidos (Tabachnick & Fidell, 2007). Dois sujeitos foram retirados por respostas de insinceridade⁵, obtendo-se assim 185 questionários válidos. A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se descrita no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra (n=185)

	N	%	M	DP	[min.-max.]
Idade	185	100	15.23	2.038	11 – 21
Sexo					
Feminino	103	55.7			
Masculino	82	44.3			
Frequência escolar					
5º e 6º ano	28	15.1			
7º ao 9º ano	59	31.9			
Percurso alternativos ¹	47	25.4			
Curso profissional ²	25	13.5			
10º ao 12º ano	13	7			
Ensino Superior	4	2.2			
Outras situações	9	4.9			
Total	185	100			

⁵ Assinalaram *Relevim* no questionário sobre o consumo de substâncias psicoativas.

Distrito						
	Lisboa	32	17.3			
	Porto	55	29.7			
	Leiria	60	32.4			
	Coimbra	11	6.0			
	Évora	19	10.3			
	Portalegre	8	4.3			
	Total	185	100			
Historial de acolhimento						
	Idade do primeiro acolhimento	185	100	10.46	4.00	0 - 17
Por faixa etária						
	0 aos 5 anos	24	13			
	6 aos 10 anos	53	28.6			
	11 aos 15 anos	95	51.4			
	16 ou mais	12	6.5			
	<i>Missing values</i>	1	.5			
		185	100			
Número de instituições em toda a vida						
	1 instituição	98	53			
	2 instituições	63	34.1			
	3 instituições	17	9.2			
	4 instituições	3	1.6			
	5 ou mais instituições	4	2.2			
		185	100			
Fugas da instituição						
	Uma ou mais vezes	59	31.9			
Tipos de apoio (últimos 6 meses)						
	Consultas de psicologia	108	58.4			
	Consultas de pedopsiquiatria	80	43.2			
	Medicação pedopsiquiátrica	73	39.5			

¹Percursos alternativos ao ensino regular com equivalência ao 9º ano (Cursos de Educação e Formação, Cursos Vocacionais, PIEF); ²Curso Profissional com equivalência ao 12º ano

1.4 Procedimento

Durante alguns meses contactaram-se os responsáveis de várias instituições, através de contactos diretos e/ou telefónicos, no sentido de solicitar a sua colaboração e obter informação sobre o número aproximado de crianças e jovens acolhidos que respeitassem os critérios de inclusão para o estudo. Após a obtenção de autorização por parte das Direções, acertaram-se os procedimentos para a recolha de dados.

A equipa de investigação, constituída por dois psicólogos, deslocou-se presencialmente às instituições, dando os esclarecimentos necessários, assegurando o preenchimento individual e reforçando o carácter anónimo das respostas. O questionário foi preenchido numa única sessão, com um tempo médio de 35 minutos. Todos os jovens participaram no estudo de forma voluntária e com base no consentimento informado. Os

questionários foram preenchidos individualmente ou em pequenos grupos e recolhidos unicamente pela equipa de investigação.

O período de recolha de dados decorreu entre Março e Maio de 2014. As instituições que fizeram parte do estudo foram:

Associação Amigos da Criança e Família – Chão dos Meninos

Associação Casa Juvenil Nossa Senhora da Assunção – Pra'cachopos

Associação Portuguesa para o Direito dos Menores e da Família – CrescerSer – Casa da Ameixoeira, Casa do Vale e Casa do Canto

Fundação António da Silva Leal – Colégio Dom Dinis – Internato Masculino de Leiria

Fundação “O Século” – Casa das Conchas e Casa do Mar

Lar de Nossa Senhora do Livramento (Porto)

Obra do Frei Gil - Casa da Criança e Casa do Ramalde

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – Casa da Alameda

Santa Casa de Misericórdia de Reguengos de Monsaraz – Lar de Nossa Senhora de Fátima

O questionário utilizado na recolha de dados foi composto por: uma introdução em que se enfatizava o seu carácter confidencial e onde constavam algumas instruções; dados sociodemográficos, questões sobre o historial de acolhimento, fugas da instituição e apoios na área da saúde mental. Além destes, o questionário recorreu a três instrumentos que serão descritos em seguida com mais detalhe.

1.5 Instrumentos utilizados

1.5.1 Questionário de Auto-Avaliação para Jovens – YSR 11 – 18

O questionário de auto-avaliação Youth Self-Report (YSR) foi desenvolvido por Achenbach em 1991 a partir do Child Behavior Checklist (CBCL), versão equivalente para Pais, e do Teacher Report Form (TRF), para professores. Pertence à bateria ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment; Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001) e tem como objetivo principal a avaliação de problemas comportamentais de crianças e adolescentes (Achenbach, 1991).

O YSR é um questionário para jovens entre os 11 e os 18 anos, sendo composto por uma descrição simples de comportamentos problemáticos, que estes devem cotar com 0 (a afirmação não é verdadeira), 1 (a afirmação é algumas vezes verdadeira) ou 2 (a afirmação é muito verdadeira), tendo em conta os últimos 6 meses. As questões do YSR foram elaboradas de forma a obter-se a perceção do jovem sobre si mesmo e em relação às suas

competências ou dificuldades individuais ou grupais. Aborda questões pertinentes que possibilitam a compreensão de problemas emocionais que, devido à sua natureza subjetiva, não são facilmente avaliados ou observados (Fonseca & Monteiro, 1999).

No presente estudo, recorreu-se à versão mais recente, aferida à população portuguesa por Pedro Dias e colaboradores em 2013⁶. O questionário divide-se em duas partes. A primeira, que não é utilizada neste estudo, é constituída por itens relacionados com competências, atividades e interesses sociais dos jovens. A segunda parte é constituída por 112 itens relacionados com problemas específicos do comportamento, que compõem a Escala Total de Problemas, que engloba 8 subescalas: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo. Neste grupo, ainda existe um conjunto de 10 itens designados como “Outros problemas” mas sem significado clínico.

Na versão original, Achenbach (1991) realizou várias análises fatoriais com amostras clínicas, que permitiram evidenciar as oito escalas mencionadas. O autor realizou ainda, análises fatoriais de segunda ordem, que permitiram extrair dois fatores: um de Externalização⁷ e outro de Internalização⁸. O primeiro corresponde a síndromes em que as problemáticas incidem em conflitos com o ambiente, ao passo que, os problemas de internalização envolvem conflitos com o *self*.

O *Youth Self Report* é um instrumento internacionalmente conhecido e fundado num corpo teórico sólido. Apresenta uma linguagem simples e adequada ao público-alvo, existindo inúmeros estudos internacionais com recurso a este questionário junto de crianças e jovens institucionalizadas.

A bateria ASEBA encontra-se traduzida em mais de 90 línguas. A versão portuguesa do YSR tem qualidades psicométricas aceitáveis e constitui um instrumento útil de investigação no domínio da psicopatologia infantil e juvenil. Para além do *score* total de problemas, também fornece indicações específicas sobre diversos tipos de distúrbios, o que pode alargar o seu campo de aplicação (Fonseca & Monteiro, 1999; Dias, 2013).

⁶ Achenbach & Rescorla, 2000. Direitos para a versão portuguesa Psiquilibrios Edições, 2013.

⁷ As escalas de *Comportamento Delinquente* e *Comportamento Agressivo* compõem o fator de Externalização.

⁸ As escalas de *Ansiedade/Depressão*, *Isolamento/Depressão*, *Queixas somáticas*, *Problemas Sociais*, *Problemas de Pensamento* e *Problemas de Atenção* compõem o fator de Internalização.

1.5.2 Medida de Integração na Instituição de Acolhimento

Com o objetivo de se adquirir algum indicador que permitisse analisar o conceito de integração dos jovens na instituição de acolhimento, procedeu-se a uma pesquisa por instrumentos existentes que, por se tratar de uma população muito específica, verificou-se serem escassos.

Através da revisão de literatura, descobriu-se uma medida de integração em famílias de acolhimento, que se enquadrava no conceito pretendido, embora necessitasse de ser adaptada ao contexto institucional utilizado em Portugal. A medida foi criada por Fanshel (1982) para ser aplicada aos técnicos gestores de caso e, posteriormente, modificada por Poulin (1985) para fins de investigação. A versão original avaliava duas dimensões: (1) *Child's perception of belonging in the foster home* e (2) *Child's probable reaction to being removed from the home*. Mais recentemente, Leathers (2002, 2006, 2012) adaptou e tem vindo a recorrer a este instrumento por considerar que é a única medida sucinta concebida especialmente para crianças acolhidas. No caso desta autora, o instrumento foi alterado com o intuito de ser aplicado aos pais de acolhimento. Mais itens foram acrescentados para melhorar a consistência da medida, devido a novos indicadores de vinculação na família de acolhimento, que surgiram dos estudos efetuados com os pais e técnicos gestores dos casos. Apesar de Fanshel (1982) e Poulin (1985) utilizarem o termo “vinculação”, no presente estudo, a designação utilizada é a de integração, à semelhança da opção tomada por Leathers (2006), uma vez que se trata de uma medida de autorresposta que não envolve a avaliação por entrevista clínica, e como tal, a integração não pode ser equiparada ao conceito de vinculação, como é tradicionalmente conceptualizado por Bowlby (1969).

Dada a dificuldade em encontrar a versão mais atual, que não se encontrava disponível em Portugal, entrámos em contato com a autora Sonya Leathers⁹ que rapidamente nos disponibilizou a medida de *Foster home Integration* com 9 itens e aconselhou-nos sobre a possível adaptação ao contexto institucional, tendo os jovens como destinatários.

No âmbito do presente estudo, foi necessário traduzir e adaptar o questionário para ser aplicado a jovens institucionalizados, uma vez que as versões anteriores eram em inglês e não estavam colocadas na primeira pessoa. Foi utilizada uma linguagem simples e acessível tendo em conta a população alvo. Além disso, recorreu-se a uma nomenclatura própria do contexto institucional, como por exemplo, a referência a termos como técnico ou monitor, para distinguir os adultos da instituição. A nossa versão inicial contou com 16

⁹ Professora Associada no *Jane Addams College of Social Work*, Universidade de Illinois em Chicago, EUA

questões, cada uma com 5 opções de resposta, que são cotadas de 1 a 5, com este último a representar o nível mais elevado de integração. Segundo Leathers (2006), valores de integração muito altos são preditores de estabilidade no acolhimento e muito baixo de insucesso.

A título de exemplo, os itens “*Gostas de estar nesta instituição?*” e “*Sentes-te integrado na instituição?*” foram inspirados na questão de Leathers, em que era pedido que a família de acolhimento optasse por uma de cinco afirmações que “*best describes this child’s emotional attachment and bond to the current foster family*”¹⁰. Noutro exemplo tínhamos 3 questões que abordavam a ligação da criança aos pais de acolhimento, outras crianças da família ou elementos da família alargada. No presente estudo, estes conceitos foram substituídos pelas figuras com quem os jovens convivem diariamente na instituição: técnicos, monitores e outros jovens acolhidos (grupo de pares).

Todos os itens foram uniformizados no sentido de facilitar a compreensão e interpretação por parte dos jovens e adolescentes.

1.5.3 Consumo de tabaco, álcool e outras drogas

Para o estudo do consumo de substâncias psicoativas, recorreu-se a um questionário adaptado do Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em Meio Escolar (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs - ESPAD). A formulação dos itens do questionário obedeceu a critérios definidos por instâncias internacionais, designadamente, do Grupo Pompidou do Conselho da Europa. As propostas defendem a utilização de uma metodologia comum e a definição de áreas específicas relativas à informação a recolher sobre os padrões de consumo de álcool e drogas (Negreiros, 2001).

Os itens iniciais referem-se à frequência do consumo de tabaco, álcool e haxixe, ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias e à idade da iniciação. Incluí ainda itens sobre o consumo de outras drogas ilegais, nomeadamente anfetaminas, LSD, cocaína, heroína, ecstasy e cogumelos mágicos, onde é explorado a sua prevalência ao longo da vida e idade de iniciação dos consumos. De referir, que foi acrescentada a opção “*Drogas das Smartshops*” em virtude das novas tendências de consumos poderem estar presentes nesta população.

¹⁰ As respostas variavam entre: (1) *Child does not appear to feel like a part of the family*; a (5) *Child is deeply integrated within the family and experiences foster family as own family*.

Para além dos indicadores sobre o consumo de drogas, encontram-se ainda um conjunto de itens referentes à perceção de prevalência dos consumos pelos amigos e sobre a acessibilidade de determinadas drogas (haxixe, ecstasy, cocaína, heroína) nos diferentes contextos de vida habituais dos jovens institucionalizados, designadamente, a instituição de acolhimento, a escola, o bairro da família e os espaços de lazer como a rua, bares e festas.

De enfatizar, que este questionário permite não só caracterizar os padrões de consumo de álcool e drogas dos jovens que nele participaram, como esta informação pode ser comparada com a de outras investigações, centradas nos mesmos objetivos, mas conduzidas em outras zonas do país ou a nível internacional (Negreiros, 2001).

Para assegurar fidelidade dos dados recolhidos e minimizar a falta de veracidade nas respostas, foi adicionada ao questionário uma droga não existente “*Relevim*”.

Resultados

Os resultados obtidos serão analisados em quatro secções. A primeira é referente aos problemas de comportamento e a segunda os padrões de consumo de substâncias psicoativas. A terceira é relativa à medida de *Integração na Instituição de Acolhimento* que foi construída para este estudo. Por fim, na quarta secção, debruçamo-nos sobre a análise preditiva dos problemas de comportamento. Para o tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 21.0.

1. Problemas de comportamento

Ao compararmos os resultados da nossa amostra com as normas aferidas à população portuguesa (Dias, 2013), verificamos que, em todas as escalas deste instrumento, a média das pontuações obtidas nos jovens institucionizados situa-se claramente acima da média nacional ($t = 50$). Sobressaem a escala *YSR Score total* e a escala de *Internalização*, que no caso dos rapazes se situa já no nível clínico. Apesar de não atingirem um nível clínico, a média das pontuações do sexo feminino é superior à norma portuguesa, encontrando-se o *YSR Score Total*, a *Internalização* e a *Externalização* num nível *borderline*, próximas do ponto de corte.

No quadro 2 estão representadas as médias e desvios padrão encontrados na nossa amostra, nas diferentes escalas do YSR com as respetivas pontuações e comparadas com as normas nacionais.

Quadro 2. Média das pontuações obtidas no YSR para as diferentes escalas de problemas de comportamento.

Escalas do YSR	Sexo masculino (N=82)			Sexo feminino (N=103)		
	M	DP	T	M	DP	t
YSR Score total	62.16	31.14	64**	65.97	25.57	62*
Externalização	17.35	9.73	60*	17.79	8.7	61*
Comportamento delinquente	7.39	4.70	61	6.73	4.04	61
Comportamento agressivo	9.96	6.06	60	11.06	5.48	60
Internalização	18.78	9.97	65**	22.68	9.87	63*
Ansiedade/Depressão	7.80	5.02	64	9.95	5.11	62

Isolamento/Depressão	5.87	2.82	63	6.68	3.08	63
Queixas somáticas	5.11	4.16	61	6.05	3.7	60
Problemas sociais	5.57	4.14	60	4.98	3.31	58
Problemas de pensamento	6.95	4.76	62	6.83	4.19	61
Problemas de atenção	7.09	3.90	57	7.44	3.12	58

**Nível clínico, *Nível *borderline*

O ponto de corte, também designado de nível *borderline*, nos domínios principais (*YSR Score total, Externalização e Internalização*) que separa o nível normativo do clínico varia entre 60 e 63 (*t scores*), para as normas portuguesas. Nas restantes 8 escalas, o nível *borderline* varia entre o 65 e 70 (*t scores*), sendo considerados clínicos os resultados acima destes valores (Dias, 2013).

Quadro 3. Percentagem dos problemas de comportamento medidos no YSR (n=185)

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	(N=82)		(N=103)			
<i>YSR 11 -18</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Escala total de problemas	38	46.3	43	41.7	81	43.8
Externalização	28	34.1	33	32	61	33
Comportamento delinquente	8	9.8	6	5.8	14	7.6
Comportamento agressivo	15	18.3	9	8.7	24	13
Internalização	43	52.4	42	40.8	85	45.9
Ansiedade/depressão	13	15.9	17	16.5	30	16.2
Isolamento/depressão	7	8.5	19	18.4	26	14.1
Queixas somáticas	15	18.3	12	11.7	27	14.6
Problemas sociais	9	11	4	3.9	13	7
Problemas de pensamento	17	20.7	7	6.8	24	13
Problemas de atenção	11	13.4	12	11.7	23	12.4

Em suma, no nível clínico, tendo por base apenas os resultados obtidos no questionário YSR, encontram-se 81 jovens (43.8%) para o *Score total*, 61 jovens (33%) com problemas de externalização e 85 jovens (45.9%) com problemas de internalização. Na discussão, estes dados serão explorados com maior detalhe.

2. Consumo de substâncias psicoativas

No quadro 4 descrevem-se os padrões de consumo de substâncias psicoativas obtidas no presente estudo, seguindo os critérios de prevalência da ESPAD. Assim, o consumo em cada variável, distingue-se entre os jovens que nunca consumiram e os que consumiram uma ou mais vezes. A prevalência ao longo da vida é um indicador de experiência de consumo, que pode ter ocorrido uma ou mais vezes. A prevalência nos últimos 12 meses é indicadora de consumo recente, ao passo que, os últimos 30 dias referem-se ao consumo atual.

As substâncias psicoativas analisadas foram o tabaco, álcool e episódios de intoxicação alcoólica. Incluem-se drogas ilícitas como o haxixe, o LSD, o crack, a cocaína, a heroína, os cogumelos mágicos, ecstasy, colas, bem como, tranquilizantes, estimulantes ou outros medicamentos sem receita médica. Além disso, acrescentaram-se ainda as novas drogas sintéticas (drogas das smartshops), que foram comercializadas legalmente até à sua proibição de acordo com o Decreto-lei 54/2013 de 17 de Abril.

Quadro 4. Prevalência dos consumos de substâncias psicoativas (n=185)

Consumos ¹	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Tabaco						
Ao longo da vida	59	72	68	66	127	68,6
Nos últimos 30 dias	34	41,5	38	36,9	72	38,9
Álcool						
Ao longo da vida	46	56.1	74	71.8	120	64.9
Nos últimos 12 meses	39	47.6	52	50.5	91	49.2
Nos últimos 30 dias	24	29.3	32	31.1	56	30.3
Episódios de embriaguez						
Ao longo da vida	25	30.5	41	39.8	66	35.7
Nos últimos 12 meses	15	18.3	26	25.2	41	22.2
Nos últimos 30 dias	4	4.9	10	9.7	14	7.6
Haxixe						
Ao longo da vida	32	39	35	34	67	36.2
Nos últimos 12 meses	18	22	23	22.3	41	22.2
Nos últimos 30 dias	9	11	13	12.6	22	11.9
Outras drogas ilícitas ao longo da vida						
Tranquilizantes ²	3	3.7	8	7.8	11	5.9

Estimulantes ³	3	3.7	4	3.9	7	3.8
LSD	4	4.9	2	1.9	6	3.2
Crack	1	1.2	3	2.9	4	2.2
Cocaína	4	4.9	6	5.8	10	5.4
Heroína	0	0	5	4.9	5	2.7
Cogumelos mágicos	5	6.1	6	5.8	11	5.9
Ecstasy	5	6.1	3	2.9	8	4.3
Cheirar cola ou solventes	2	2.4	8	7.8	10	5.4
Drogas das Smartshops ⁴	7	8.5	11	10.7	18	9.7
Total	14	17.1	22	21.4	36	19.5

¹Frequência: 1 ou mais vezes; ²Ou outros medicamentos sem receita médica; ³Anfetaminas ou speeds sem receita médica; ⁴ Novas drogas sintéticas comercializadas como sais, incensos ou fertilizantes em estabelecimentos conhecidos por smartshops.

Cerca de 68.6%, dos jovens que participaram no estudo, referem ter consumido tabaco pelo menos uma vez na vida. Destes, 38.9% apresenta um consumo de tabaco atual. Relativamente ao género, os rapazes apresentam ligeiramente maiores taxas de consumo.

A percentagem de jovens que refere ter consumido álcool, pelo menos uma vez na vida, é de 64.9%. Cerca de 49.3% consumiu no último ano e 30.3% nos últimos 30 dias. Nesta variável, verificámos que as raparigas apresentam maiores taxas de consumo, em todas as categorias temporais, do que os rapazes. Ao nível das intoxicações alcoólicas, 35.7% dos participantes indicaram pelo menos um episódio ao longo da vida, 22.2% nos últimos 12 meses e 7.6% nos últimos 30 dias. Também nesta variável, o sexo feminino revela prevalências superiores.

Acerca das drogas ilícitas, o haxixe destaca-se como sendo a mais consumida entre os jovens, em que 36.2% alegam já a ter experimentado. Em segundo lugar, surgem as drogas das smartshops, com uma prevalência ao longo da vida de 9.7%.

De modo a analisar, se os jovens institucionalizados apresentam maiores consumos de substâncias psicoativas, do que os jovens em geral, na discussão estes dados serão comparados com estudos de referência nacional.

3. Integração na instituição de acolhimento

3.1 Análise fatorial da medida de integração

A medida de integração na instituição de acolhimento foi alvo de uma análise fatorial exploratória (componentes principais) para se averiguar a multidimensionalidade do constructo avaliado, uma vez que este instrumento foi construído de raiz, com base em vários instrumentos já existentes em termos internacionais mas que nunca tinham sido aplicados à realidade portuguesa.

Com vista a fundamentar o processo de validação inicial deste instrumento, realizaram-se procedimentos reconhecidos como indicadores de validade e fiabilidade, designadamente: análise fatorial exploratória e consistência interna.

A opção pela realização de uma análise fatorial exploratória, em componentes principais, deveu-se à necessidade de se testar a multidimensionalidade do constructo avaliado pelo instrumento e da existência ou não de uma estrutura fatorial, uma vez que foi construído de raiz para este estudo.

Antes de se realizar a análise fatorial exploratória foram tidas em conta algumas medidas descritivas. Primeiro verificou-se que em todos os itens, as respostas dos sujeitos se distribuíam pelas cinco opções, demonstrando uma razoável variabilidade de resposta.

Na análise à base de dados, nenhum dos 16 itens originais apresentou valores significativos de *missing values* que justificasse a sua eliminação. Assim, tendo em conta o baixo número das não-respostas, recorreu-se ao método de estimação através da substituição dos *missing values* pela média do item. Este procedimento é muito comum em ciências sociais e justifica-se pelo facto de ser um método conservativo, já que a média geral não se modifica e não interfere nos resultados (Tabachnick & Fidell, 2007).

Também se verificou que o rácio de sujeitos ($n=185$) por número de itens (16) do questionário é de 11,56/1, respeitando os critérios sugeridos por vários autores com vista a obter fatores fiáveis e interpretáveis (Pallant, 2001; Costello & Osborne, 2005).

Em seguida, procedeu-se à análise da matriz de correlações tendo-se verificado um número considerável de correlações com magnitude superior a .30, depreendendo-se a existência de alguns fatores¹¹.

¹¹ Este valor, tomado como ponto de corte, considerou-se como o peso fatorial mínimo que cada item poderia assumir para permanecer na escala. Hair et al. (2010) sugerem que os itens para terem peso fatorial devem apresentar saturações com valores .30 a .40 como níveis mínimos para a interpretação da estrutura e .50 como valor praticamente significativo. As correlações superiores a .71 são excelentes, maiores que .63 muito boas, acima de .55 boas, superiores a .45 razoáveis e abaixo de .32 más.

Em seguida, baseámo-nos em duas técnicas com vista a decidir o número de fatores/componentes a ser extraído. Por um lado, de acordo com o critério de Kaiser, apenas os fatores com um *eigenvalue* superior a 1 foram retidos. Por outro lado, a análise do teste *Scree*, proposto por Cattell, permitiu identificar o ponto do gráfico no qual a curvatura da linha muda de direção e se torna horizontal, apontando para uma retenção em quatro fatores, a qual foi então assumida.

Seguidamente, efetuou-se a rotação dos quatro fatores mediante procedimentos de rotação ortogonal (varimax), após a qual se procedeu à eliminação de alguns itens da escala, com base nos seguintes critérios: (a) uma saturação inferior a .40 num fator e (b) a saturação simultânea em dois fatores, uma vez que, segundo sustentam alguns autores, este tipo de situação torna a interpretação dos fatores mais ambígua.

O primeiro item a ser excluído foi o item 5 (“*Sentes-te integrado nesta instituição*”), uma vez que apresentava baixas saturações em dois componentes (*crossloading*) com pesos fatoriais semelhantes na ordem dos .353 e .425. O segundo item a ser excluído foi o item 12 (“*Como é que te sentirias se tivesses de sair desta instituição e ir para outra?*”), pelo mesmo motivo do anterior.

Após nova rotação varimax, obteve-se uma estrutura fatorial, composta por 14 itens, distribuídos por quatro componentes, os quais explicam 69.88% da variância (Quadro 5).

Através do teste de esfericidade de Bartlett (1257.40, $p < .001$) e do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (.813), pôde ser verificada a boa adequação da matriz de dados a procedimentos de análise fatorial.

O teste de Bartlett permite verificar se a matriz de correlações é uma matriz de identidade e, caso o valor da significância estatística seja superior a $p < .05$, então os fatores não podem ser extraídos da matriz, depreende-se uma não correlação entre variáveis (Martinez & Ferreira, 2007). No nosso caso, o teste de esfericidade de Bartlett, sustenta a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, apresentando um nível de significância de $p < .001$.

A medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indica-nos as implicações da amostra no estudo. Normalmente valores inferiores a .50 são considerados inaceitáveis, sendo desejável que estes rondem os .80/.90. No nosso caso, a análise revelou a existência de uma correlação muito boa entre as variáveis, assumindo o valor de .813.

Em suma, verificou-se que as medidas de adequação amostral cumprem os pressupostos para a existência de uma estrutura fatorial dos dados.

Quadro 5. Matriz de dados após rotação ortogonal Varimax dos itens da medida de Integração na Instituição de Acolhimento

Pesos fatoriais de cada item nos quatro componentes extraídos, percentagem da variância explicada e níveis de consistência interna de cada fator.

	Componentes			
	1	2	3	4
9. Como é que te dás com os técnicos?	.772			
17. Sentes-te bem quando estás com os técnicos?	.761			
10. Como é que te dás com os monitores e outros funcionários?	.745			
18. Sentes-te bem quando estás com os monitores e outros funcionários?	.739			
8. Sentes-te apoiado(a) pelas pessoas da instituição?	.642			
15. Quando saíres desta instituição, vais sentir falta dos(as) monitores(as) e outros funcionários?		.810		
14. Quando saíres desta instituição, vais sentir falta dos técnicos?		.793		
13. Gostavas de ficar nesta instituição por muito tempo?		.742		
4. Gostas de estar nesta instituição?		.712		
19. Sentes-te bem quando estás com os jovens da instituição?			.831	
16. Quando saíres desta instituição, vais sentir falta dos(as) outros(as) jovens?			.816	
11. Como é que te dás com os(as) jovens da instituição?			.816	
6. Participas nas atividades da instituição (ex. tarefas, jogos, conviver com os outros)?				.878
7. Gostas de participar nas atividades da instituição?				.819
Variância explicada (Total = 69,88%)	39,67%	13,19%	8,76%	8,26%

Método de extração: Análise de componentes principais; Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser; A rotação convergiu em 5 iterações.

Nota: Os espaços em branco referem-se a valores de saturação inferiores a 0.4.

Dado que a medida de Integração na Instituição de Acolhimento foi adaptada para este estudo, tendo por base outros instrumentos pré-existentes e a população-alvo, o surgimento de uma estrutura multidimensional associada ao constructo, foi uma novidade que mereceu a análise mais atenta à semântica dos itens agrupados.

Assim, de acordo com a leitura conceptual dos itens que compõem os quatro componentes, estes foram agrupados em fatores com a seguinte designação: Relação com os adultos da instituição (Fator 1 – 5 itens), Ligação à instituição (Fator 2 – 4 itens), Relação com os pares da instituição (Fator 3 – 3 itens) e Participação nas atividades da instituição (Fator 4 – 2 itens).

Quadro 6 – Estatísticas descritivas e índices de fidelidade da *Escala de Integração na Instituição*

Componentes	M	DP	α
Relação com os adultos da instituição	19.25	3.53	.849
Ligação à instituição	12.15	4.18	.840
Relação com os pares da instituição	11.82	2.40	.784
Participação nas atividades da instituição	7.77	1.69	.737

A existência de 5 ou mais itens com fortes saturações (.50 ou mais) no mesmo fator é um indicador desejável de robustez. Menos de três itens corresponde geralmente a um fator fraco e instável (Costello & Osborne, 2005). Tendo este argumento em consideração, optou-se por eliminar o fator 4 (Participação nas atividades da instituição) que apenas tinha dois itens.

O cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach corresponde ao cálculo de todas as correlações entre as pontuações de cada item e a pontuação total dos demais itens, assumindo-se o valor de alpha (α) como a média de todos os coeficientes de correlação (Bryman & Cramer, 2004). Este coeficiente pode assumir valores de 0 a 1, sendo geralmente aceite um limite mínimo de 0.70, embora, numa análise exploratória, possa assumir o valor mínimo de 0.60.

Os valores superiores a .90 são indicadores de uma consistência interna muito boa; valores entre .80 e .90 apontam uma consistência interna boa; valores entre .70 e .80 indicam-na como razoável; entre .60 e .70 refletem uma fraca consistência interna; e, inferiores a .60 a consistência interna é inadmissível (Pestana & Gajairo, 2005)

A nível da consistência interna, esta escala apresenta valores adequados para todos os fatores: *Relação com os adultos da instituição* ($\alpha=.85$); *Ligação à instituição* ($\alpha=.84$); *Relação com os pares* ($\alpha=.78$).

3.2 Integração na instituição e problemas de comportamento

Após a realização da análise fatorial exploratória, tendo-se obtido uma estrutura fatorial estável, procedeu-se ao estudo da relação das diferentes dimensões da integração com outras variáveis. Para uma melhor exploração dos dados foram efetuados alguns testes t de Student para se averiguarem diferenças estatisticamente significativas em subgrupos da amostra.

Numa primeira análise, procuraram-se diferenças de género. Os resultados mostram que, os jovens do sexo masculino, revelam valores mais elevados de relação com os adultos

da instituição e de ligação à própria instituição, do que o sexo feminino. Na relação com os pares da instituição, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (ver quadro 7).

Quadro 7. Integração dos jovens na instituição (diferença de médias entre sexos)

	Feminino (n=103)	Masculino (n=80*)	
Integração	M	M	P
F1. Relação com os adultos da instituição	18.18	20.61	.000
F2. Ligação à instituição	11.26	13.30	.001
F3. Relação com os pares da instituição	11.74	11.94	.576

Teste t de Student para amostras independentes; $p < .05$; *Verificaram-se dois missing values.

Para estudar a relação, entre os problemas de comportamento e os diferentes fatores de integração, a amostra foi dividida em sub-grupos. O quadro 8 mostra que, as jovens do sexo feminino com menos problemas de comportamento YSR Score total (nível normativo) apresentam melhor relação com os adultos e grupos de pares na instituição. Nos jovens do sexo masculino, nenhum dos três fatores se revelou estatisticamente significativo.

Quadro 8. Diferenças de médias dos fatores da integração na instituição e YSR Score total

Integração	Feminino			Masculino		
	YSR Total nível normativo (n=60)	YSR Total nível clínico (n=43)		YSR Total nível normativo (n=44)	YSR Total nível clínico (n=38)	
	M	M	P	M	M	P
F1. Relação c/ adultos	18.97	17.09	.005	20.49	20.76	.726
F2. Ligação à instituição	11.33	11.16	.833	12.70	14.03	.168
F3. Relação c/ pares	12.15	11.14	.035	12.33	11.49	.139

Teste t de Student para amostras independentes; * $p < .05$. Diferenças entre as médias para cada fator.

Por último, o quadro 9 refere-se à relação entre os três fatores de integração e os problemas de internalização. Tal como sucedeu, no quadro anterior, as jovens do sexo feminino com menos problemas de internalização, revelam melhor relação com os adultos e os pares da instituição. Os rapazes com menos problemas de internalização, também partilham uma melhor relação com o grupo de pares na instituição. Nos restantes, as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 9. Diferenças de médias dos fatores da integração na instituição e a internalização

Integração	Feminino		P	Masculino		P
	Problemas de internalização nível norma. (n=61) M	Problemas de internalização nível clínico (n=42) M		Problemas de internalização nível norma. (n=) M	Problemas de internalização nível clínico (n=) M	
F1. Relação c/ adultos	18.87	17.19	.012	20.68	20.55	.863
F2. Ligação à instituição	11.59	10.79	.312	12.76	13.80	.281
F3. Relação c/ pares	12.27	10.98	.006	12.55	11.38	.033

Teste t-Student para amostras independentes; * p < .05. Diferenças entre as médias para cada fator.

De referir que, a externalização foi igualmente estudada, embora não tenha apresentado diferenças estatisticamente significativas com qualquer fator da integração, independentemente do género.

4. Análise preditiva dos problemas de comportamento

Para o estudo da análise preditiva dos problemas de comportamento, recorreu-se à análise de Regressão Múltipla (RM) para verificar as variáveis preditoras dos problemas de comportamento. E, caso se confirme, qual a magnitude ou peso preditivo das mesmas.

A regressão múltipla (RM) é definida por Tabachnick & Fidell (2007) como um conjunto de técnicas estatísticas que possibilita a avaliação do relacionamento de uma variável dependente, com diversas variáveis independentes.

Para que o uso desta equação seja eficaz na predição da variável dependente em estudo, o investigador deve examinar previamente os pressupostos da RM, bem como identificar as consequências da sua violação. Entre os pressupostos citados por Tabachnick & Fidell (2007) estão: (1) a multicolinearidade, (2) a singularidade, (3) a homogeneidade nas variâncias, (4) a normalidade e (5) a linearidade.

A regressão permite verificar o quanto cada variável preditora aumenta o poder explicativo da equação de regressão (ΔR^2). Na equação de RM obtém-se um coeficiente de correlação, o parâmetro β (ou peso padronizado), que representa a magnitude do relacionamento entre cada um dos preditores e a variável critério (dependente), sendo que, a sua interpretação depende do conhecimento dos erros padrões a ele associados. O valor de β é influenciado por todas as variáveis preditoras incluídas na equação e está sujeito a

mudanças na sua magnitude, dependendo do conjunto de preditores investigados (Abbad & Torres, 2002).

A regressão múltipla *stepwise* é geralmente escolhida para estudos exploratórios onde o investigador está desprovido de uma teoria consistente sobre os fenómenos estudados e está interessado apenas em descrever as relações pouco conhecidas entre variáveis (Abbad & Torres, 2002).

Segundo Cohen (1990), por vezes aprendemos mais através da informação visual (aquilo que vemos), do que com os cálculos que efetuamos. Assim, num primeiro passo houve necessidade de se testar a linearidade do fenómeno dos problemas de comportamento¹², com as diversas variáveis preditoras: consumo de substâncias psicoativas, integração dos jovens na instituição, historial de acolhimento e tipos de apoios. Para tal, recorreu-se inicialmente ao diagrama de dispersão e à reta de regressão.

A seleção das variáveis para introduzir nas equações de RM foi orientada numa segunda fase por dois critérios de seleção. O primeiro critério usado na seleção das variáveis independentes a incluir nos modelos, foi a existência de uma correlação entre a variável independente e a variável critério, preferencialmente acima de 0.3, o que assegura a existência de alguma relação entre as variáveis, e inferior a 0.7 de forma a prevenir a existência de multicolineariedade (Pallant, 2001).

Além dos coeficientes de correlação, as diferentes variáveis foram submetidas a análises preliminares de regressão múltipla (blockwise), para discriminar as variáveis com maior valor preditivo em diferentes campos: consumo de substâncias psicoativas, integração na instituição, historial de acolhimento e tipos de apoio. No grupo das variáveis sociodemográficas, tanto o sexo como a idade não apresentaram valores de β estatisticamente significativos e não foram incluídas na equação.

4.1 Estudo correlacional entre os problemas de comportamento e os consumos de substâncias psicoativas

A associação entre problemas de comportamento e consumo de substâncias psicoativas foi estudada através da análise de correlação bivariada, pelo teste *r de Pearson*. Os resultados podem ser consultados no Quadro 10.

¹² YSR Score total de problemas; Escala de Externalização e Escala de Internalização

Quadro 10. Estudo correlacional entre os problemas de comportamento e o consumo de substâncias psicoativas

	YSR	YSR	YSR
	<i>Total</i>	<i>Externalização</i>	<i>Internalização</i>
Tabaco (longo da vida)	.216**	.348**	.101
Tabaco (últimos 30 dias)	.273**	.433**	.131
Álcool (longo da vida)	.023	.217**	-.038
Álcool (últimos 12 meses)	.075	.185*	.035
Álcool (últimos 30 dias)	.042	.067	-.010
Episódios de embriagues (longo da vida)	.088	.192**	.048
Episódios de embriagues (últimos 12 meses)	.161*	.186*	.157*
Episódios de embriagues (últimos 30 dias)	.082	.103	.043
Haxixe (longo da vida)	.198**	.369**	.090
Haxixe (últimos 12 meses)	.214**	.397**	.099
Haxixe (últimos 30 dias)	.214**	.34**	.106

Nota: ns – não significativo, **p<0,01, *p<0,05

De uma maneira geral, todos os consumos de substâncias psicoativas associam-se positivamente com os problemas de comportamento. As correlações mais fortes verificam-se nas variáveis de consumo de tabaco e a escala de externalização.

4.2 Estudo correlacional entre os problemas de comportamento e os fatores de integração na instituição, historial de acolhimento e tipos de apoio

No Quadro 11 pode observar-se a relação entre os problemas de comportamento e as diferentes dimensões da medida de integração na instituição, o historial de acolhimento e os diversos tipos de apoio. No que diz respeito aos fatores de integração na instituição é possível verificar que tanto o fator 1 (*Relação com os adultos da instituição*), como o fator 3 (*Relação com os pares*) correlacionam-se negativamente com os problemas de comportamento. O fator 2 (*Ligação à instituição*) apresenta fracas correlações com a escala total de problemas e de externalização. Na internalização a relação é negativa, muito fraca e praticamente inexistente.

Quadro 11 – Estudo correlacional entre os problemas de comportamento e os fatores da integração na instituição, historial de acolhimento e tipos de apoio

	YSR <i>Total</i>	YSR <i>Externalização</i>	YSR <i>Internalização</i>
<i>Integração na instituição</i>			
Fator 1 - Relação com os adultos	-.143	-.147*	-.171*
Fator 2 -Ligação à instituição	.007	.023	-.076
Fator 3 - Relação com os pares	-.251**	-.159*	-.268**
<i>Historial de acolhimento</i>			
Número de acolhimentos (longo da vida)	.038	.000	.056
Idade do primeiro acolhimento	.021	.051	.049
Tempo na instituição atual	-.173*	-.172*	-.187*
Fugas da instituição	.093	.205**	.000
<i>Tipos de apoio</i>			
Consultas de psicologia (últimos 6 meses)	.189*	.244**	.088
Consultas de pedopsiquiatria (últimos 6 meses)	.357**	.417**	.204**
Medicação psicotrópica (últimos 6 meses)	.302**	.391**	.153*

**p<.01, *p<.05

Em suma, de todas as dimensões da integração na instituição, sobressai o sentido negativo da *Relação com os pares*, como a mais significativa nos problemas de comportamento. No historial de acolhimento é o tempo na instituição a variável que mais se associa aos problemas de comportamento, embora as fugas na instituição também se apresentem estatisticamente significativas com o fator de externalização.

4.3 Estudo correlacional entre as variáveis critério e as variáveis preditoras

Tendo em conta o estudo correlacional prévio, as variáveis selecionadas para entrarem como preditores dos problemas de comportamento (*Score total, Externalização e Internalização*) na análise de regressão múltipla foram: tabaco (últimos 30 dias), haxixe (últimos 12 meses), relação com os pares, tempo na instituição, consultas de pedopsiquiatria (últimos 6 meses).

Quadro 12. Estudo correlacional entre as variáveis critério e as variáveis preditoras

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.YSR Score total	-							
2.Internalização	.884**	-						
3.Externalização	.854**	.595**	-					
4.Tabaco_30D	.273**	.131	.433**	-				
5.Haxixe_12M	.214**	.099	.397**	.581**	-			
6.Relação com os pares	-.251**	-.268**	-.159*	.034	.082	-		
7.Tempo na instituição	-.173*	-.187*	-.172*	-.157*	-.143	-.075	-	
8.Pedopsiquiatria_6M	.357**	.204**	.417**	.278**	.214**	-.043	-.079	-

**p<.01, *p<.05

Atendendo ao valor das correlações, verifica-se que nenhuma das variáveis preditoras se correlaciona-se entre si, acima de .70, o que é um indicador da inexistência de multicolineariedade. Partindo deste ponto, foram realizadas várias análises de regressão múltipla, com vista a encontrar os melhores modelos preditivos dos diferentes tipos de problemas de comportamento.

4.4. Análise de regressão múltipla

Para o estudo da análise preditiva dos problemas de comportamento, foram realizadas diversas análises de regressão múltipla (stepwise) com vista a encontrar os melhores modelos explicativos, para diferentes variáveis dependentes: YSR Score total, Externalização e Internalização. De todos os modelos testados, passamos a descrever os que melhor predizem os problemas de comportamento.

No caso do YSR Score total, as variáveis preditoras que entraram na equação de regressão, com significância estatística foram: as consultas de pedopsiquiatria, consumo de tabaco nos últimos 30 dias, relação com os pares e o tempo na instituição. Os valores resultantes do estudo do valor preditivo do modelo selecionado sobre o YSR (Escala total) podem ser consultados no quadro 13.

Quadro 13 – Análise de regressão linear múltipla (Stepwise) com a variável critério (YSR – Escala total) – modelo selecionado

Variável critério: YSR Total					
	Variáveis preditoras	B	DP	<i>B</i>	Δr^2
Passo 1	(Constant)	35.23***	6.01		
	Pedopsiquiatria_6M	20.37	3.97	.357***	
					.127
Passo 2	(Constant)	33.36***	5.96		
	Pedopsiquiatria_6M	17.30	4.09	.303***	
	Tabaco_30D	2.52	.97	.185*	
					.031
Passo 3	(Constant)	68.36***	11.10		
	Pedopsiquiatria_6M	16.49	3.96	.289***	
	Tabaco_30D	2.69	.94	.198**	
	Relação com os pares	-2.90	.79	-.245***	
					.060
Passo 4	(Constant)	79.68***	12.22		
	Pedopsiquiatria_6M	16.10	3.92	.282***	
	Tabaco_30D	2.43	.94	.179*	
	Relação com os pares	-3.02	.78	-.255***	
	Tempo na instituição	-2.24	1.06	-.141*	
					.019
<i>F</i> (4,177)= 13.81, <i>p</i> <.001		<i>R</i> ² =.238	<i>R</i> ² _{ajust} =.221		

*** $p<0,001$, ** $p<0,01$ e * $p<0,05$

Relativamente aos problemas de Externalização, as variáveis que melhor os predizem foram: o consumo de tabaco nos últimos 30 dias, as consultas de pedopsiquiatria, haxixe nos últimos 12 meses e a relação com os pares na instituição. Os valores resultantes do estudo do valor preditivo do modelo selecionado sobre a Externalização podem ser consultados no quadro 14

Quadro 14. Análise de regressão linear múltipla (Stepwise) com a variável critério (YSR – Externalização) – modelo selecionado

Variável critério: YSR Externalização				
	Variáveis preditoras	B	DP	B
Passo 1	(Constant)	12.88***	.96	
	Tabaco_30D	1.91	.30	.433***
				.188
Passo 2	(Constant)	5.39**	1.79	
	Tabaco_30D	1.50	.29	.340***
	Pedopsiquiatria_6M	5.96	1.23	.321***
				.095
Passo 3	(Constant)	5.0**	1.77	
	Tabaco_30D	1.02	.35	.231**
	Pedopsiquiatria_6M	5.75	1.21	.310***
	Haxixe_12M	1.05	.42	.194*
				.025
Passo 4	(Constant)	12.9***	3.34	
	Tabaco_30D	1.02	.34	.230**
	Pedopsiquiatria_6M	5.55	1.20	.299***
	Haxixe_12M	1.14	.41	.211**
	Relação com os pares	-.66	.24	-.171**
				.029
$F(4,177)=22.39, p<.001$		$R^2=.336$	$R^2_{\text{ajust}}=.321$	

*** $p<0,001$, ** $p<0,01$ e * $p<0,05$

No caso da Internalização, as variáveis preditoras que entraram na equação de regressão foram: a relação com os pares, as consultas de pedopsiquiatria e o tempo na instituição. Os valores resultantes do estudo do valor preditivo do modelo selecionado sobre o YSR (Escala total) podem ser consultados no quadro 15.

Quadro 15. Análise de regressão linear múltipla (Stepwise) com a variável critério (YSR – Internalização) – modelo selecionado

		Variável critério: YSR Internalização			
	Variáveis preditoras	B	DP	<i>B</i>	Δr^2
Passo 1	(Constant)	34.44***	3.66		
	Relação com os pares	-1.14	.30	-.268***	
					.072
Passo 2	(Constant)	28.31***	4.22		
	Relação com os pares	-1.10	.30	-.260***	
	Pedopsiquiatria_6M	4.00	1.44	.196**	
					.038
Passo 3	(Constant)	33.58***	4.60		
	Relação com os pares	-1.16	.29	-.275***	
	Pedopsiquiatria_6M	3.66	1.42	.180*	
	Tempo na instituição	-1.05	.40	-.19**	
					.034
$F(3,178)=9.99, p<.001$		$R^2=.144$		$R^2_{ajust}=.130$	

*** $p<0,001$, ** $p<0,01$ e * $p<0,05$

A interpretação dos modelos, retirados da análise de regressão múltipla, serão discutidos no próximo capítulo.

Discussão dos resultados

Neste capítulo, serão interpretados e discutidos os resultados apresentados na secção anterior, com vista à verificação das hipóteses levantadas no presente estudo.

No que diz respeito aos consumos de substâncias psicoativas, iremos comparar a prevalência e a percentagem dos consumos encontradas na nossa amostra com a de outros estudos de referência em Portugal. Segue-se a interpretação da medida de *Integração na Instituição*, criada para o efeito, bem como as diferenças obtidas no seio da amostra.

Destacamos ainda um conjunto de fatores que sugerem ser os melhores preditores dos problemas de comportamento (de uma forma global e nas suas diferentes vertentes de externalização e internalização), entre os considerados nesta investigação.

H1. Os jovens institucionalizados têm mais problemas de comportamento do que a população geral.

A hipótese 1 do presente estudo foi totalmente confirmada através das pontuações obtidas pelos sujeitos na escala de YSR. Neste domínio, verificou-se que a amostra revela índices superiores aos esperados para a população geral, tendo a média em todas as escalas, pontuado cerca de um desvio padrão ($t=60$) acima da média aferida para a população portuguesa em 2013. A realçar que na nossa amostra, cerca de 81 jovens (43.8%) apresentaram pontuações individuais que os situam já na população clínica em termos de problemas de comportamento (score total). Este dado pode parecer surpreendente, mas corrobora a literatura existente, que defende que os jovens institucionalizados revelam problemas psicológicos e de comportamento significativamente superiores à população geral (Farmer et al. 2001; Buehler, Orme, Post, & Patterson, 2000; Courtney, Piliaviu, Grogan-Kaylor, & Nesmith, 2002).

Relativamente às diferenças por género, verifica-se que no nível clínico encontramos 46.3% de rapazes e 41.7% de raparigas, demonstrando que, também por géneros a nossa amostra apresenta uma maior prevalência de problemas de comportamento do que a população geral. Nos problemas de externalização, a percentagem de rapazes é superior às raparigas, principalmente no comportamento agressivo, em que 18.3% revelam problemas no nível clínico, contra 8.7% do sexo feminino. Na escala de internalização, a percentagem

do sexo masculino continua a ser muito elevada, com 52.4% a pontuarem fora do nível normativo e 40.8% das raparigas.

Esta prevalência de problemas de comportamento também parece justificar a elevada taxa de apoios ao nível das consultas de psicologia (58.4%), pedopsiquiatria (43.2%) e medicação (39.5%) que os jovens da amostra apresentam.

H2. Os jovens institucionalizados têm mais consumos de drogas do que a população geral.

De forma a possibilitar a comparação entre os nossos resultados e a prevalência de consumos na população geral, recorreu-se a outro estudo realizado periodicamente no país. O Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME), desenvolvido pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), tem como população alvo, alunos do ensino regular público do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário (cursos gerais e tecnológicos), com o objetivo de descrever a dimensão e características do fenómeno do consumo de substâncias psicoativas. Os dados mais recentes reportam a 2011 e foram recolhidos através de um questionário de autorresposta, semelhante ao utilizado no nosso estudo.

No que concerne ao consumo de tabaco na população geral, os dados demonstraram que a maioria dos sujeitos nunca experimentou fumar (62%), que é o oposto ao que se passa no nosso estudo, em que 68.6% dos jovens já experimentou tabaco. Destes, 38.9% ainda apresentam um consumo atual de tabaco, contrastando com apenas 18% da população geral. Na população geral, a diferença entre géneros não se verifica, com consumos ao longo da vida e nos últimos 30 dias de, respetivamente, 39% e 18% no sexo masculino e de 38% e 18% para o sexo feminino. Os participantes do nosso estudo demonstraram uma pequena diferença entre géneros. Os rapazes pontuaram mais alto, com 72% de consumo de tabaco ao longo da vida e 41,5% nos últimos 30 dias. As raparigas apresentaram um consumo ao longo da vida de 66% e consumo atual em 36.9%.

No consumo de álcool, surpreendentemente, os resultados da população em geral foram mais elevados do que na nossa amostra com jovens institucionalizados. Ao longo da vida, 67% dos jovens da população geral afirmaram ter consumido álcool, contra os 64.9% desta investigação. O INME indica consumos recentes de 55% e atuais de 37%, quando o nosso levantamento revelou 49.2% e 30.3% nos mesmos campos. No presente estudo, a diferença entre géneros não foi muito significativa, exceto no consumo de álcool ao longo

da vida que foi muito superior no sexo feminino (71.8%), ao indicado pelo masculino (56.1%).

No entanto, a frequência do consumo de álcool volta a inverter, quando analisamos os episódios de embriaguez que, ao longo da vida, no último ano e no último mês são indicados por, respetivamente, 35.7%, 22.2% e 7.6% da nossa população. Ao passo que, nos mesmos períodos, a população em geral apresenta ocorrências de situações de embriaguez de 13%, 7% e 7%. Só o consumo atual se revelou muito equivalente, o que pode ser também fruto da institucionalização destes jovens e de, nestas condições, terem menor acesso a estas substâncias. Os resultados entre géneros, na população geral, foi pouco díspar entre si e semelhante às percentagens de sujeitos com episódios de embriaguez no total. Porém, na nossa amostra, a maior prevalência de consumos de álcool no sexo feminino sobressai. As raparigas que experimentaram estados de embriaguez ao longo da vida são 39.8%, no último ano 25.2% e no último mês 9.7%. Os rapazes que indicaram os mesmos períodos foram 30.5%, 18.3% e 4.9%. Neste último caso, a percentagem de episódios de embriaguez atual foi mesmo inferior à da população em geral.

O consumo de haxixe ou cânabis, nos jovens institucionalizados, demonstrou também ser muito elevado. Na nossa amostra, 36.2% já experimentaram haxixe, 22.2% têm consumos recentes e 11.9% consomem atualmente. No INME, 9% já experimentou, 8% consumiu nos últimos 12 meses e 5% nos últimos 30 dias. Os resultados por género foram pouco díspares.

A prevalência do consumo de outras drogas ilícitas é menos representativa em ambos os estudos, embora apresente sempre maior percentagem nos jovens institucionalizados, do que nos jovens em geral. Excluindo o haxixe, a prevalência total do consumo de outras drogas ilícitas ao longo da vida, é de 10% no INME e de 19.9% nesta investigação. É de destacar neste grupo, um tipo de droga que não foi explorado no relatório nacional mas que se salientou no nosso estudo: as novas drogas sintéticas. Estas ficaram conhecidas pelo nome dos estabelecimentos que as comercializavam, as *smartshops*, e eram muitas vezes identificadas, incorretamente, como sais, incensos, fertilizantes e outras categorias afins. Na nossa amostra, 9.7% dos jovens acolhidos afirmaram já ter experimentado uma substância deste tipo, pelo menos uma vez. Com a alteração da lei, estas substâncias passaram de lícitas a ilícitas e revelaram-se a segunda maior prevalência de consumos de experimentação pelos jovens institucionalizados, em matéria de drogas ilícitas, logo a seguir ao haxixe.

Como era esperado, esta hipótese de investigação confirmou-se em quase todos os parâmetros, com exceção do consumo de álcool, que mostrou ser um pouco mais elevado na

população geral, embora, sem grandes diferenças nas percentagens. No entanto, em todas as outras variáveis, a prevalência dos consumos dos jovens institucionalizados não só foi superior à dos jovens em geral, como principalmente revelou valores preocupantes e muito elevados.

H3. Os jovens com melhor integração na instituição apresentam menos problemas de comportamento.

Os jovens do sexo masculino, que pontuaram no YSR Score total ao nível normativo, não apresentaram diferenças significativas em nenhuma das dimensões avaliadas na medida de integração na Instituição, quando comparados com a população clínica. Porém, as jovens do sexo feminino, que não apresentaram problemas de comportamento, revelaram valores estatisticamente significativos mais elevados em duas dimensões da Integração (relação com os adultos da instituição e relação com o grupo de pares da instituição), quando comparadas com as médias da população de nível clínico.

Na escala de internalização, o grupo de rapazes que pontuou mais na relação com os pares foi o que apresentou menos problemas de internalização. Esta relação foi a única que demonstrou ser estatisticamente significativa para o sexo masculino. Tal como se verificou no YSR Score total, as raparigas que se situaram no nível normativo dos problemas de internalização, continuavam a demonstrar uma melhor e significativa relação com os adultos e o grupo de pares na instituição.

No entanto, os problemas de externalização não apresentaram diferenças significativamente estatísticas, com qualquer uma das dimensões da integração, independentemente do género. Na dimensão Ligação à instituição também não foi possível estabelecer qualquer tipo de relação com os problemas de comportamento.

Em suma, apesar de a literatura defender que a integração atua com um mediador dos problemas de comportamento (Leathers, 2006), os resultados obtidos nesta investigação não corroboram na totalidade o que é defendido em outros estudos. De facto, a única dimensão que influenciou ambos os géneros, foi a relação com o grupo de pares na instituição. A relação com os adultos revelou-se particularmente relevante para o sexo feminino. Porém, os problemas de externalização neste estudo não demonstraram uma relação significativa com a integração na instituição. Assim, pode-se afirmar que esta hipótese foi apenas, parcialmente confirmada pelos resultados.

H4. O consumo de drogas, o historial de acolhimento e a integração na instituição são preditores dos problemas de comportamento.

Os três modelos finais encontrados são compostos por variáveis preditoras com β estatisticamente significativos.

No modelo preditivo dos problemas de comportamento (YSR score total), verificou-se que a nossa hipótese se confirmou parcialmente. As consultas de pedopsiquiatria revelaram ser o mais forte preditor ($\beta=.282$). Nas drogas, o consumo atual de tabaco ($\beta=.179$) foi a que mais se destacou. Em sentido negativo, a relação com o grupo de pares na instituição ($\beta=-.255$) e o tempo na instituição ($\beta=-.141$) foram os que se salientaram. No total, este modelo consegue explicar uma variância de 23.8% dos problemas de comportamento (YSR score total) para a amostra em estudo.

No modelo relativo aos problemas de externalização, dois consumos de drogas se destacam enquanto preditores: tabaco nos últimos 30 dias ($\beta=.230$) e haxixe nos últimos 12 meses ($\beta=.211$). As consultas de pedopsiquiatria são o mais forte preditor ($\beta=.299$) e em sentido negativo, volta a surgir a relação com o grupo de pares ($\beta=-.171$). No global, este modelo explica uma variância de 33.6%.

No que diz respeito aos problemas de internalização, o modelo encontrado demonstra que o mais forte preditor é a relação com os pares, tendo um sentido inverso ($\beta=-.275$). Também o tempo na instituição é um preditor com um beta negativo ($\beta=-.185$). As consultas de pedopsiquiatria são também um preditor estatisticamente significativo, embora com menos magnitude ($\beta=.180$).

Da revisão literária, os resultados parecem corroborar o que é defendido por vários autores. A pedopsiquiatria surge como preditora nos três modelos, tal como verificou Leslie et al., (2011) em que as pontuações elevadas no YSR eram preditores da prescrição de medicação psicotrópica. Tendo em conta que na nossa amostra, 73 jovens (39.5%) afirmaram ter tomado medicação prescrita por um pedopsiquiatra, não é surpreendente que estas variáveis estejam intimamente ligadas. Por outro lado, a existência de problemas de comportamento conduz a uma maior necessidade de se recorrer a um apoio médico especializado.

Apesar de na literatura, a integração ser representada como um fator de proteção relativamente aos problemas de comportamento, no nosso estudo, apenas a dimensão da relação com os pares na instituição, demonstrou possuir uma relação negativa e significativa, contribuindo para a diminuição dos problemas de comportamento. Os jovens que apresentam

mais problemas de comportamentos disruptivos (externalização) ou de isolamento e sentimentos de solidão (internalização) manifestam, frequentemente, dificuldades em estabelecer relações com os pares, sentindo-se desintegrados do grupo (Jurich, 2008; Siyez, 2008; Twenge & Campbell, 2001).

No que diz respeito aos consumos de drogas, estas revelaram-se especialmente importantes na predição dos problemas de externalização. De uma forma geral, o consumo de tabaco aparece fortemente associado aos problemas de comportamento em geral. No entanto, o tabaco aparece associado significativamente com o consumo de haxixe, ambos como fortes preditores dos problemas de externalização. Estes resultados corroboram outros estudos (Rey et al., 2002). Em sentido contrário, nenhuma destas variáveis desempenhou um papel na predição de problemas de internalização, o que está em linha com outros estudos onde esta escala não apresentou resultados consistentes. Em suma, os problemas de comportamento, nomeadamente, os de externalização estão fortemente associados ao consumo de drogas (White et al, 2001).

O tempo da instituição é um preditor que apresenta uma menor contribuição, embora com um sentido negativo e protetor nos problemas de comportamento geral e de internalização. A mudança para uma instituição requer um tempo de adaptação às normas e uma construção de relações positivas com elementos de referência. Cada mudança acarreta um corte profundo com a rede de suporte social e pode contribuir para um agravamento dos problemas emocionais e sentimentos de pertença. Segundo Stott (2012) os jovens que permanecem mais tempo na mesma instituição têm mais probabilidade de encontrar estabilidade no acolhimento, na escola, na rede social e na comunidade, sendo este um fator de proteção contra problemas de comportamento.

Conclusões

Os jovens acolhidos em instituições são uma população com alto risco de desenvolver problemas psicológicos ou sócio-emocionais. Estes problemas podem persistir mesmo depois de serem afastados do contexto problemático, que motivou a sua retirada do seio familiar. Uma elevada prevalência de problemas de comportamento é frequente entre os jovens institucionalizados, que vivenciaram situações de maus-tratos e estes podem ter um impacto negativo no sucesso do acolhimento. A maioria dos jovens acolhidos no sistema legal de proteção passaram por experiências de abusos e negligência, que contribuem para o desenvolvimento de comportamentos de risco (e.g. consumo de drogas, comportamentos disruptivos) e consequentemente dificuldades de ajustamento pessoal e de integração social (Chamberlain et al., 2006; Leathers et al., 2012; Newton et al., 2000; White & Widom, 2008).

No presente estudo verificou-se que 43.8% dos jovens inquiridos revelaram problemas de comportamento a um nível clínico, 31.9 % já efetuaram pelo menos uma ou mais fugas da instituição, 43.2% têm consultas de pedopsiquiatria e 39.5% referiram tomar medicação psicotrópica.

Na nossa amostra, a prevalência de consumos de substâncias psicoativas é preocupante e muito superior aos valores encontrados na população geral para a mesma faixa etária. No caso do tabaco, a percentagem de jovens que experimentaram e que consomem atualmente é o dobro da média geral. Relativamente ao haxixe, os números são ainda mais surpreendentes, uma vez que 36.2% já experimentaram esta droga, em contraste com os 9% da população geral. No presente estudo, o consumo atual de tabaco aparece fortemente associado aos problemas de comportamento em geral. No caso dos problemas de externalização, o consumo de haxixe e do tabaco, revelaram-se preditores significativos.

Dada a elevada prevalência do consumo de substâncias psicoativas nos jovens institucionalizados e os problemas associados, acreditamos que mais ações de prevenção junto desta população específica seriam benéficas.

A investigação sobre a integração dos jovens nas instituições é escassa em Portugal. Este constructo poderá desempenhar um papel importante no sucesso das intervenções e atuar como um fator protetor na prevenção de problemas de comportamento e ajustamento dos jovens ao acolhimento institucional. A importância do estabelecimento de relações de referência com os cuidadores, técnicos e com os outros jovens acolhidos parece ser o que mais contribui para um sentimento de integração. No nosso estudo, a relação com o grupo

de pares na instituição foi aquela que se destacou como o preditor mais significativo na redução dos problemas de comportamento. Um aspeto importante, que está diretamente ligado aos anteriores, é o tempo de acolhimento na instituição, que nos nossos modelos também se revelou uma variável significativa. A estabilidade na instituição é o que possibilita o desenvolvimento de relações afetivas e de uma rede de suporte social. De referir que, apesar da forte fundamentação teórica, o número de acolhimentos em instituições diferentes, não influenciou os resultados do nosso estudo.

O presente estudo empírico comporta algumas limitações e pontos fortes. Uma das limitações relaciona-se com o facto das medidas de recolha dos dados basearem-se unicamente numa fonte: os jovens. Deste modo, a representação das informações pode ser enviesada pelas perceções dos adolescentes. Além disso, não foi avaliada a tipologia de maus tratos associados a esta população, devido à sua complexidade, embora vários autores os apontem como uma forte preditora dos problemas de comportamento. Sugere-se que em futuros estudos, esta variável seja incluída e que se recorra a múltiplas fontes de informação (e.g. pais, cuidadores, professores).

Um ponto forte do nosso estudo foi a utilização de um instrumento muito validado e aferido recentemente à população portuguesa (YSR), em conjunto com outro instrumento internacional, passível de ser comparado com a média europeia (ESPAD).

Em investigações futuras, seria relevante perceber se a relação com os pares poderá ter um efeito mediador ou moderador nos problemas de comportamento. A medida de integração concebida para este estudo poderá ser mais explorada e desenvolvida com o intuito de se conhecer mais sobre o seu carácter multidimensional.

Referências bibliográficas

- Abbad, G., & Torres, C.V. (2002) Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 7, 19-29.
- Achenbach, T. M. (2011, junho). Assessment with the ASEBA. In P. Dias (Coordenador), *Avaliação da psicopatologia em crianças e adolescentes com a bateria ASEBA*. Comunicação apresentada no Seminário Avaliação da Psicopatologia em Crianças e Adolescentes com a Bateria ASEBA, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Achenbach, T. (1992). What is “Developmental” about Developmental Psychopathology?. In J. Rolf, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds). *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 29-48). NY: Cambridge University Press.
- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and the 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. Burlington, VT: Thomas M. Achenbach, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *The Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- ACYF. (2012). *Oversight of Psychotropic Medication for Children in Foster Care*, Information Memorandum April 11, 2012. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. Condensed from the complete study which is available online at http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/laws_policies/policy/im/2oi2/imi203.pdf

- Barth, R. P., & Jonson-Reid, M. (2000). Outcomes after child welfare services: Implications for the design of performance measure. *Children and Youth Services Review*, 22(9–10), 763–787.
- Bishop, J. A., & Inderbitzen, H. M. (1995). Peer acceptance and friendship: an investigation of their relation to self-esteem. *The Journal of Early Adolescence*, 15, 476–489.
- Bryman, A. & Cramer, D. (2004). Constructing variables. In M. Hardy & A. Bryman. *Handbook of data analysis* (pp. 17 – 34). London: SAGE.
- Bolieiro, H. & Guerra, P., (2009). *A Criança e a família – uma questão de direito(s)*, Coimbra: Coimbra Editora
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Brook, J., & McDonald, T. P. (2007). Evaluating the effects of comprehensive substance abuse intervention on successful reunification. *Research on Social Work Practice*, 17(6), 664–673.
- Buehler, C., Orme, J., Post, J., & Patterson, D. (2000). Long-term correlates of family foster care. *Children and Youth Services Review*, 8, 595–625.
- Carvalho, M. J. (2013). *Sistema Nacional de Acolhimento de Crianças e Jovens*, Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano Programa “Crianças e Jovens em Risco”, Lisboa.
- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. In J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and Crime: Current Theories*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D., & Abbott, R. D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 429–455.

- Chamberlain, P., Price, J. M., Reid, J. B., Landsverk, J., Fisher, P. A., & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect*, 30, 409–424.
- Cheng, T. C. & Lo, C. C. (2010). Drug use among maltreated adolescents receiving child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 32, 1735-1739.
- Cohen, J. (1990). Things I Have Learned (So far). *American Psychologist*, 45(12), 1304-1312.
- Cook, R. J. (1994). Are we helping foster care youth prepare for their future? *Children and Youth Services Review*, 16, 213–229.
- Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, Volume 10, Number 7.
- Courtney, M. E., Piliaviu, I., Grogan-Kaylor, A., & Nesmith, A. (2002). Foster youth transition to adulthood: A longitudinal view of youth leaving care. *Child Welfare*, 80, 685–717.
- Crystal, S., Olfson, M., Huang, C, Pincus, H., & Gerhard, T. (2009). Broadened use of atypical antipsychotics: Safety, effectiveness, and policy challenges. *Health Affairs*, 29(5), 770-781.
- Doelling, J. L., & Johnson, J. H. (1990). Predicting success in foster placement: The contribution of parent-child temperament characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 585–593.
- Eckenrode, J., Rowe, E., Laird, M., & Braithwaite, J. (1995). Mobility as a mediator of the effects of child maltreatment on academic performance. *Child Development*, 66, 1130–1142.

- Edgar, E. & Siegel, S. (1995). Postsecondary Scenarios for Troubled and troubling Youth. In Kaufman, J. Lloyd, J., Hallahan, D., & Astuto, T. (Eds.) (1995) *Issues in Educational Placement: Students with Emotional and Behavioural Disorders* (pp.251-283) U.S.A.: LEA.
- Fanshel, D. (1982). *On the Road to Permanency*. New York: Child Welfare League of America.
- Fanshel, D., Finch, S. J., & Grundy, J. F. (1990). *Foster children in a life course perspective*. New York: Columbia University Press.
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Chapman, M., Phillips, S. D., Angold, A., & Costello, E. J. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Service Review*, 75, 605–624.
- Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: o *Youth Self-Report de Achenbach*. *Psychologica*, 21, 79-96.
- Gray, M. R., & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574–587.
- James, S. (2004). Why do foster care placements disrupt: An investigation of reasons for placement change in foster care. *Social Service Review*, 78, 601–627.
- James, S., Landsverk, J., & Slymen, D. J. (2004). Placement movement in out-of-home care: Patterns and predictors. *Children and Youth Services Review*, 26, 185–206.
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no futuro*. Lisboa: Texto Editora
- Green, B. L., Rockhill, A., & Furrer, C. (2007). Does substance abuse treatment make a difference for child welfare case outcomes? A statewide longitudinal analysis. *Children and Youth Services Review*, 29(4), 460–473.

- Grella, C. E., & Greenwell, L. (2006). Correlates of parental status and attitudes toward parenting among substance-abusing women offenders. *Prison Journal*, 86(1), 89–113.
- Gregory, A., & Weinstein, R. S. (2004). Connection and regulation at home and in school: Predicting growth in achievement for adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19, 405–427.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. & Black, W.C. (2010). *Multivariate data analysis* (7^a Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Heilbron, N., & Prinstein, M. J. (2010). Adolescent peer victimization, peer status, suicidal ideation an nonsuicidal self-injury examining concurrent and longitudinal associations. *Merril-Palmer Quarterly*, 56, 388-419.
- Hinshaw, S. (1992). Academic Underachievement, Attention Deficits, and Aggression: Comorbidity and Implications for Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6), 893-903.
- Hinshaw, S.P., Lahay, B.B., & Hart, E.L. (1993). Issues in the Taxonomy and Comorbidity in the Development of Conduct Disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Holloway, J. S. (1997). Outcome in placements for adoption or long-term fostering. *Archives of Disease in Childhood*, 76, 227–230.
- ISS, Instituto da Segurança Social, I.P. et al. (2014). *CASA – Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2013*, Lisboa, ISS.
- ISS, Instituto da Segurança Social, I.P. et al. (2013). *CASA – Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2012*, Lisboa, ISS.

- ISS, Instituto da Segurança Social, I.P. et al. (2012). *CASA – Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2011*, Lisboa, ISS.
- Jurich, A. P. (2008). Factors in adolescent suicide: the seeds that bear bitter fruit. In Jurich, A. P. (Ed.), *Family Therapy with suicidal adolescents* (pp. 35-63). NY.: Routledge.
- Kazdin, A. (1989). Developmental Psychopathology: Current Research, Issues and Directions. *American Psychologist* 44 (2) 180-187.
- Keller, T. E., Wetherbee, K., Le Prohn, N. S, Payne, V., Sim, K., & Lamont, E. R. (2001). Competences and problema behaviors of children in family foster care: Variations by kinship placement status and race. *Children and Youth Services Review*, 23, 915–940.
- Kufeldt, K., Armstrong, J., & Dorosh, M. (1989). In care, in contact? In J. U. Hudson & B. Galaway (Eds.), *The state as parent* (pp. 355–368). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lawrence, C. R., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18(1), 57–76.
- Leathers, S. J. (2002). Foster children's behavioral disturbance and detachment from caregivers and community institutions. *Children and Youth Services Review*, 24, 239–268.
- Leathers, S. J. (2006). Placement disruption and negative placement outcomes among adolescents in long-term foster care: The role of behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 30, 307–324.
- Leathers, S. J., Spielfogel, J. E., Glesson, J. P., & Rolock, N. (2012). Behavior problems, foster home integration, and evidence-based behavioral interventions: What predicts adoption of foster children?. *Children and Youth Services Review*, 34, 891–899.

- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., & Plant, M. (2002). Family structure, parent–child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*, 37(1), 52–60.
- Lei nº 31/2003, Publicada no Diário da República Série I-A, de 22 de agosto.
- Lei nº 54/2013, Publicada no Diário da República Série I-A, de 17 de abril
- Lei nº147/99, Publicada no Diário da República Série I-A, de 1 de setembro.
- Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Landsverk, J., Barth, R., & Slymen, D. J. (2004). Outpatient mental health services for children in foster care: A national perspective. *Child Abuse and Neglect*, 28, 697–712.
- Leslie, L.K., Raghavan, R., Hurley, M., Zhang, J., Aarons, G., & Landsverk, J. (2011). Investigating geographic variation in use of psychotropic medications among youth in child welfare. *Child Abuse & Neglect* 35, 333–342.
- Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In Tonry, M., & Morris, N. (Eds.). *Crime and justice: An annual review of research* (Vol. 7). Chicago: University of Chicago Press.
- Matos, P.M., & Mota, C.P. (2008) Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Revista Psicologia & Sociedade*, 20 (3), 367-377.
- McCann, J. B., James, A., Wilson, S., & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529–1530.
- McIntyre, A., & Keesler, T. Y. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 297–303.

- Moran, P. B., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 565–574.
- Negreiros, J. (2008). *Delinquências juvenis: trajetórias, intervenção e prevenção*. Porto: LivPsic.
- Negreiros, J. (2001). Padrões e consequências do consumo de drogas em Matosinhos: Resultados na população estudantil e em consumidores problemáticos. Matosinhos: Câmara Municipal de Matosinhos.
- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Distilling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1363–1374.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Weissman, M. M., & Jensen, P. S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 514–521.
- Pallant J. SPSS: Survival manual. Buckingham: Open University Press; 2001.
- Palmer, S. E. (1996). Placement stability and inclusive practice in foster care: An empirical study. *Children and Youth Services Review*, 18, 589–601.
- Pardeck, J. T. (1984). Multiple placement of children in foster family care: An empirical analysis. *Social Work*, 29, 506–509.
- Penzerro, R. M., & Lein, L. (1995). Burning their bridges: Disordered attachment and foster care discharge. *Child Welfare*, LXXIV, 351–366.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (4ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.

- Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health, 38*(4), 351–358.
- Proch, K., & Taber, M. (1985). Placement disruption: A review of research. *Children and Youth Services Review, 7*, 309–320.
- Poulin, J. E. (1985). Long term foster care, natural family attachment, and loyalty conflict. *Journal of Social Service Research, 9*, 17–29.
- Rey, J. M., Sawyer, M. G., Raphael, B., Patton, G. C. & Lynskey, M. (2002). Mental health of teenagers who use cannabis: Results of na Australian survey. *The British Journal of Psychiatry, 180*, 216-221.
- Richters, J. & Cichetti, D. (1993). Mark Twain meets DSM-III-R: Conduct Disorder Development and the concept of harmful dysfunction. *Development and Psychopatology, 5*, 5-29.
- Rubin, D. M., Alessandrini, E. A., Fendtner, C., Mandell, D. S., Localio, A. R., & Hadley, T. (2004). Placement stability and mental health costs for children in foster care. *Pediatrics, 113*, 1339–1341.
- Scholte, E. M. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 657–666.
- Shin, S. H. (2005). Need for and actual use of mental health service by adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 27*, 1071–1083.
- SICAD (2013). *Relatório Anual 2012: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: SICAD.
- Siyez, D. M. (2008). Adolescent self-esteem, problem behaviors and perceived social support in Turkey. *Social Behavior and Personality, 36*, 973-984.

- Smith, D. K., Stromshak, E., Chamberlain, P., & Whaley, R. B. (2001). Placement disruption in treatment foster care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 200–205.
- Stephens, S & Lakin, K. (1995). Where Students with Emotional or Behavioural Disorders Go to School. In Kaufman, J. Lloyd, J., Hallahan, D., & Astuto, T. (Eds.) *Issues in Educational Placement: Students with Emotional and Behavioural Disorders* (pp.47-74) U.S.A.: LEA
- Stone, N. M., & Stone, S. F. (1983). The prediction of successful foster placement. *Social Casework*, 64, 11–17.
- Stott, T. (2012). Placement Instability and Risky Behaviors of Youth Aging Out of Foster Care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29, 61-83.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. New York: Harper & Row.
- The 2011 ESPAD Report: Substance use among students in 35 European countries. www.espad.org
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality & Social Psychology Review*, 5, 321-344.
- Walsh, J. A., & Walsh, R. A. (1990). Studies of the maintenance of subsidized foster placements in the Casey family program. *Child Welfare*, 69, 99–114.
- White, C., O'Brien, K., White, J., Pecora, P. J., & Phillips, C. (2008). Alcohol and drug use among alumni of foster care: Risk and protective factors. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 35(4).
- White, H.R., Xie, M., Thompson, W., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2001). Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 210.

- White, H. R., & Widom, C. S. (2008). Three potential mediators of the effects of child abuse and neglect on adulthood substance use among women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(3), 337–347.
- Widom, C. S., Weiler, B. L., & Cottler, L. B. (1999). Childhood victimization and drug abuse: A comparison of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 867–880.
- Young, N. K. (2005). Child welfare and substance abuse: Current issues and innovations. *Paper presented at the National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors Annual Meeting*, Miami, FL
- Zima, B. T., Bussing, R., Yang, X., & Belin, T. R. (2000). Help-seeking steps and service use for children in foster care. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27, 271–285.
- Zito, J. M., Safer, D. J., Sai, D., Gardner, J. F., Thomas, D., Coombes, P., Dubowski, M., & Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, 121(1), e157–e163.

Anexos

Prof. Doutor Jorge Negreiros
Mestrando Pedro Fadigas
FPCE - Universidade do Porto
Rua Alfredo Allen
4200-135 Porto

Nome da instituição
Morada

Porto, 07 de Fevereiro de 2014

Assunto: Pedido de autorização para estudo científico

Exmo(a). (nome do diretor/responsável da instituição),

No âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, pretende-se realizar um estudo no ano letivo de 2013/2014 sobre a relação da institucionalização com o consumo de substâncias psicoativas e os problemas de comportamento dos adolescentes que se encontram acolhidos em respostas sociais ao abrigo da Lei de Promoção de Crianças e Jovens.

Vimos por este meio solicitar a autorização de recolha de dados na Casa da Ameixoeira, Casa do Canto e Casa do Vale, onde será administrado um questionário de auto resposta aos jovens acolhidos, com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos, abrangendo alguns dados sociodemográficos, problemas de comportamento e o consumo de álcool, tabaco e drogas, aproximadamente com a duração de trinta minutos.

A participação dos jovens e adolescentes será inteiramente voluntária e confidencial, sendo os dados recolhidos de forma anónima e meramente para efeitos de tratamento estatístico. Estamos disponíveis para prestar os devidos esclarecimentos junto dos jovens, equipa técnica e direção das respetivas casas. Está prevista a administração e recolha dos questionários durante os meses de Fevereiro e Março, numa data a combinar.

No final do projeto, assumimos o compromisso de disponibilizar, assim que possível, os resultados gerais obtidos pelos jovens nas vossas Casas, sem colocar em causa a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Desde já, agradecemos a vossa atenção. Com os nossos melhores cumprimentos,

O mestrando:

O docente orientador:

Pedro Fadigas

Jorge Negreiros

Contatos: Telemóvel: 917 777 754 / E-mail: pedrofadigas@gmail.com ou jorgeneg@fpce.uc.pt



Protocolo de avaliação*

Fadigas, P. (2014)

(*Nesta versão para publicação o YSR foi excluído devido a direitos de autor)

Este questionário insere-se num projeto de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Tem como objectivo estudar a relação do acolhimento com o consumo de drogas e os problemas de comportamento dos jovens que se encontram em instituições.

As tuas respostas são **confidenciais e anónimas**, ou seja, não serão divulgadas a ninguém. Por favor, não escrevas o teu nome no questionário e tenta responder a todas as perguntas.

Assegura-te que lêes com muita atenção cada uma das questões e que respondes sempre o mais honestamente possível, ou seja, com base naquilo que fazes, pensas ou sentes. Este questionário não é um teste, pelo que não existem respostas certas ou erradas.

Na maioria das questões deves assinalar com um **X** a resposta adequada. No caso de não encontrares a resposta que corresponde exactamente ao teu caso, assinala a alternativa que mais se aproxima.

Obrigado pela tua colaboração.

Idade: _____

Sexo: Feminino ☐

Masculino ☐

Historial do acolhimento

1. Em toda a tua vida, quantas instituições diferentes é que tu já estiveste?

1	2	3	4	5 ou +

2. Que idade tinhas quando vieste para uma instituição pela primeira vez? _____

3. Estás nesta instituição há quanto tempo?

Menos de 6 meses	6 a 11 meses	Mais de 1 ano	Mais de 2 anos	Mais de 3 anos	Mais de 4 anos

4. Gostas de estar nesta instituição?

Não gosto	Gosto pouco	Indiferente	Gosto	Gosto muito

5. Sentes-te integrado(a) nesta instituição?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

6. Participas nas atividades da instituição (ex. tarefas, jogos, conviver com os outros)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

7. Gostas de participar nas atividades da instituição?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

8. Sentes-te apoiado(a) pelas pessoas da instituição?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

9. Como é que te dás com os técnicos?

Muito mal	Mal	Nem bem nem mal	Bem	Muito bem

10. Como te dás com os monitores e outros funcionários?

Muito mal	Mal	Nem bem nem mal	Bem	Muito bem

11. Como é que te dás com os(as) jovens da instituição?

Muito mal	Mal	Nem bem nem mal	Bem	Muito bem

12. Como te sentirias se tivesses de sair desta instituição e ir para outra?

Muito mal	Mal	Indiferente	Bem	Muito bem

13. Gostavas de ficar nesta instituição por muito tempo?

Não	Gostava pouco	Indiferente	Gostava	Gostava muito

14. Quando saíres desta instituição, vais sentir falta dos técnicos?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

15. Quando saíres desta instituição, vais sentir falta dos(as) monitores(as) e outros funcionários?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

16. Quando saíres desta instituição, vais sentir falta dos(as) outros(as) jovens?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

17. Sentes-te bem quando estás com os técnicos?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

18. Sentes-te bem quando estás com os(as) monitores(as) e outros funcionários?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

19. Sentes-te bem quando estás com os jovens da instituição?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

20. Alguma vez fugiste de uma instituição? Sim ☐ Não ☐

21. Se sim, em toda a tua vida quantas vezes já fugiste de uma instituição (ex. passar a noite fora sem autorização)?

Nunca	1	2	3	4	5 ou +

22. Nos últimos 6 meses, foste a consultas de psicologia? Sim ☐ Não ☐

23. Nos últimos 6 meses, foste a consultas de pedopsiquiatria? Sim ☐ Não ☐

24. Nos últimos 6 meses, tomaste medicação receitada por algum médico psiquiatra ou pedopsiquiatra?

Sim ☐ Não ☐

Consumo de tabaco

1. Quantas vezes na tua vida já fumaste cigarros?

0	1 ou 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ou +

2. Quantos cigarros fumaste nos últimos 30 dias?

Nenhum	Menos de 1 cigarro por semana	Menos de 1 cigarro por dia	1 a 5 cigarros por dia	6 a 10 cigarros por dia	11 a 20 cigarros por dia	Mais de 20 cigarros por dia

3. Quando começaste a fumar, foi com alguma destas pessoas?

Nunca fumei.....☐ Sozinho.....☐

Com amigos(as)/ conhecidos☐ Com o(a) namorado(a).....☐

Com amigos(as) dentro da instituição.....☐ Com um familiar.....☐

4. Se fumas, indica com que frequência costumás fazê-lo:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente mente	Sempre
Em casa, às escondidas dos pais.					
Em casa à frente dos pais.					
Em casa de amigos.					
Na escola.					
Na instituição / lar / centro de acolhimento					
Na rua.					
No café ou restaurante					
No bar ou discoteca					
Em festas ou “bailes”					

Consumo de bebidas alcoólicas

5. Quantas vezes tomaste bebidas alcoólicas?

	0	1 ou 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ou +
Em <u>toda a tua vida</u>							
Nos <u>últimos 12 meses</u>							
Nos <u>últimos 30 dias</u>							

6. Nos últimos 30 dias, quantas vezes tomaste alguma das seguintes bebidas alcoólicas?

	0	1 ou 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ou +
Cerveja							
Vinho							
Bebidas brancas (ex. shots, whisky, vodka, cocktails, etc)							

7. Se tomas bebidas alcoólicas, indica com que frequência costumás fazê-lo:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente mente	Sempre
Em casa, às escondidas dos pais.					
Em casa à frente dos pais.					
Em casa de amigos.					
Na escola.					
Na instituição/ lar / centro de acolhimento					
Na rua					
No café ou restaurante					
No bar ou discoteca					
Em festas ou “bailes”					

8. Quantas vezes já apanhaste uma bebedeira?

	0	1 ou 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ou +
Em <u>toda a tua vida</u>							
Nos <u>últimos 12 meses</u>							
Nos <u>últimos 30 dias</u>							

9. Nos últimos 30 dias, alguma vez tomaste 5 ou mais bebidas alcoólicas seguidas (ex. cervejas, finos, imperiais, copos de vinho, shots)? Sim ☐ Não ☐

10. Se sim, quais foram as bebidas?

Cerveja (imperiais, minis, finos, etc) ☐

Vinho ☐

Bebidas brancas (ex. shots, whisky, vodka, cocktails, etc) ☐

Outras..... ☐

(quais): _____

Consumo de outras drogas

11. Quantas vezes já fumaste um “charro”/cannabis/”ganza”/haxixe?

	0	1 ou 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ou +
Em <u>toda a tua vida</u>							
Nos <u>últimos 12 meses</u>							
Nos <u>últimos 30 dias</u>							

12. Se fumas “charros”/cannabis/”ganza”/haxixe, com que frequência costumás fazê-lo:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente mente	Sempre
Em casa, às escondidas dos pais.					
Em casa à frente dos pais.					
Em casa de amigos.					
Na escola.					
Na instituição / lar /centro de acolhimento					
Na rua.					
No café ou restaurante					
No bar ou discoteca					
Em festas ou “bailes”					

13. Quantas vezes usaste as seguintes drogas?

	0	1 ou 2	3 a 5	6 a 9	10 a 19	20 a 39	40 ou +
Tranquilizantes ou outros medicamentos (sem receita médica)							
Estimulantes, anfetaminas ou speeds (sem receita médica)							
LSD, ácidos ou outros alucinogéneos							
Crack							
Cocaína							
Heroína							
Relevim							
Cogumelos mágicos							
Ecstasy (rodas)							
Cheirar colas, solventes para ficar pedrado							
Drogas das smartshops (sais, incensos e/ou fertilizantes)							

14. Com que idade começaste a fazer as seguintes coisas?

	Nunca	11 ou menos	12	13	14	15	16	17 ou +
Beber cerveja (pelo menos um copo)								
Beber vinho (pelo menos um copo)								
Beber bebidas brancas (pelo menos um copo)								
Fumar cigarros diariamente								
Experimentar estimulantes/anfetaminas								
Experimentar tranquilizantes ou sedativos								
Experimentar marijuana, "charros" ou haxixe								
Experimentar LSD ou outros alucinogéneos								
Experimentar crack								
Experimentar cocaína								
Experimentar relevim								
Experimentar heroína								
Experimentar ecstasy								
Cheirar colas, solventes para ficar pedrado								
Experimentar drogas das smartshops (sais, incensos e/ou fertilizantes)								

15. Quantos amigos teus achas que... (assinala uma cruz em cada linha)

	Nenhum	Poucos	Alguns	A maioria	Não sei
Fumam cigarros					
Bebem bebidas alcoólicas					
Usam drogas					

16. Na instituição/centro de acolhimento onde vives, quantos jovens achas que...

	Nenhum	Poucos	Alguns	A maioria	Não sei
Fumam cigarros					
Bebem bebidas alcoólicas					
Usam drogas					

17. Se quisesse comprar cada uma das seguintes substâncias, com que grau de facilidade pensas que o poderias fazer nos quatro locais que a seguir de indicam?

	Sei de várias pessoas que vendem	Sei que se vende, mas não sei quem vende	Não sei se se vende	Tenho a certeza que não se vende
Na instituição/centro de acolhimento				
Haxixe				
Ecstasy				
Cocaína				
Heroína				
No teu bairro/zona onde a tua família vive				
Haxixe				
Ecstasy				
Cocaína				
Heroína				
Na tua escola ou à porta da escola				
Haxixe				
Ecstasy				
Cocaína				
Heroína				
Na rua, bares, "bailes", festas e/ou discotecas que frequentas				
Haxixe				
Ecstasy				
Cocaína				
Heroína				

Outros dados

18. Frequentas a escola? Sim ☐ Não ☐ (Se respondeste não, há quanto tempo não vais à escola?)

Menos de 1 mês	1 a 5 meses	6 a 11 meses	1 a 2 anos	Mais de 2 anos

19. Se frequentas a escola, estás em que ano ou curso?

1º Ciclo do Ensino Básico (1º ao 4º ano)	
2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano)	
3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano)	
Curso de Educação e Formação (CEF)	
Curso Vocacional (6º ano ou 9º ano)	
Ensino Secundário (10º ao 12º ano)	
Curso Profissional (equivalência ao 12º ano)	
Programa Integrado de Educação e Formação (PIEF)	
Cursos de Educação e Formação de Adultos (EFA)	
Outro:	

20. Se já não estudas, trabalhas atualmente?

Sim ☐
Não ☐

21. Reprovaste alguma vez desde a escola primária? Sim ☐ Não ☐

22. Se sim, quantas vezes?

1	2	3 ou +

23. Como é que te dás com os teus pais?

Pai

Muito mal	Mal	Nem bem nem mal	Bem	Muito bem

Mãe

Muito mal	Mal	Nem bem nem mal	Bem	Muito bem

24. Assinala nos quadrados correspondentes se algum **membro da tua família** tem ou já teve algum destes problemas?

Toxicod dependência

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão / Irmã ☐ Tio / Tia ☐ Outro Quem? _____

Alcoolismo

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão / Irmã ☐ Tio / Tia ☐ Outro Quem? _____

Depressão

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão / Irmã ☐ Tio / Tia ☐ Outro Quem? _____

Outra doença mental. Qual? _____

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão / Irmã ☐ Tio / Tia ☐ Outro Quem? _____

Problemas com a justiça (termo de residência; prisão domiciliária, preventiva ou efetiva)

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão / Irmã ☐ Tio / Tia ☐ Outro Quem? _____

Desemprego prolongado e dificuldades económicas

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão / Irmã ☐ Tio / Tia ☐ Outro Quem? _____

Comportamento agressivo/ violência

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão / Irmã ☐ Tio / Tia ☐ Outro Quem? _____